

ЗБОРНИК САЖЕТАКА

Book of abstracts

ЗБОРНИК САЖЕТАКА*Book of abstracts***Издавач**

Секција опште медицине
Српског лекарског друштва
Београд, Џорџа Вашингтона 19
011/3234 261/111
ompm@bvcom.net
sld@bvcom.net

За издавача

Прим. др мед Мирјана Мојковић
Главни и одговорни уредник
Прим. др мед Славољуб Живановић
Лектор за српски језик
Жижа Станојевић
Лектор за енглески језик
Др Дејан Димитријевић
Технички уредник
Прим. др мед. Славољуб Живановић

ISBN 978-86-6061-029-6

СРПСКО ЛЕКАРСКО ДРУШТВО

XVII КОНГРЕС ЛЕКАРА СРБИЈЕ

III КОНГРЕС ЛЕКАРА ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ СРБИЈЕ
СА МЕЂУНАРОДНИМ УЧЕШЋЕМ

Third Congress
of General Practice of Serbia
with International Participation

ЗБОРНИК САЖЕТАКА

Book of abstracts

БЕОГРАД САВА ЦЕНТАР

20 – 23. СЕПТЕМБРА 2012.

КОПРЕДСЕДНИЦИ

Академик Радоје Чоловић
Прим. др Мирјана Мојковић

ПОЧАСНИ ОДБОР

Академик Никола Хајдин,
председник САНУ
Академик Веселинка Шушић,
секретар Одељења медицинских наука САНУ
Академик Владимир Бумбаширевић,
декан Медицинског факултета Универзитета у Београду
Проф. др Милан Вишњић,
декан Медицинског факултета Универзитета у Нишу
Проф. др Никола Грујић,
декан Медицинског факултета Универзитета у Новом Саду
Проф. др Небојша Митић,
декан Медицинског факултета у Приштини са седиштем у Косовској Митровици
Проф. др Небојша Арсенијевић,
декан Медицинског факултета Универзитета у Крагујевцу

НАУЧНИ ОДБОР

Академик Драган Мицић, Београд
 Академик Миодраг Чолић, Београд
 Проф. др Небојша Лалић, дописни члан САНУ, Београд
 Проф. др Слободан Антић, Ниш
 Проф. др Јован Влашки, Нови Сад
 Проф. др Брана Димитријевић, Београд
 Проф. др Слободан Додић, Сремска Каменица
 Прим. др Славољуб Живановић, Београд
 Проф. др Саша Живић, Ниш
 Проф. др Борислав Каменов, Ниш
 Проф. др Весна Кесић, Београд
 Проф. др Љиљана Кесић, Ниш
 Проф. др Георгиос Константиnidис, Нови Сад
 Проф. др Радивој Коцић, Ниш
 Проф. др Дубравка Марковић, Нови Сад
 Проф. др Момчило Перић, Косовска Митровица
 Прим. др Милоранка Петров-Киурски, Зрењанин
 Проф. др Милица Пешић, Ниш
 Проф. др Недељко Радловић, Београд
 Проф. др Петар Сеферовић, Београд
 Проф. др Драгослав Стаменковић, Београд
 Проф. др Ивица Станчић, Београд
 Проф. др Милица Чоловић, Београд
 Прим. мр сц. др Зорка Димитријевић
 Прим. др Невенка Димитријевић
 Прим. др Љубица Царановић
 Прим. др Милица Илић
 Прим. др Снежана Јанковић
 Прим. др Весна Јањушевић
 Прим. др Мира Киш-Вељковић
 Прим. др Нада Кондић-Ивановић
 Прим. мр сц. др Златка Марков
 Прим. мр сц. др Драгица Николић
 Прим. др Данка Прванов
 Прим. др Вера Пертот
 Прим. др Жаклина Тутуновић
 Прим. др Драгана Трифуновић-Балановић
 Прим. др сц. Смиљка Радић
 Прим. др сц. Сузана Станковић
 Прим. мр сц. др Горан Читлучанин

ОРГАНИЗАЦИОНИ ОДБОР

Проф. др Љубица Ђукановић
 Прим. др Славољуб Живановић
 Проф. др Радојка Коцијанчић
 Проф. др Павле Миленковић
 Проф. др Недељко Радловић

Предговор

Поштоване колегинице и колеге,

Велико нам је задовољство и част да Вас позовемо на Конгрес лекара Србије који ће се одржати од 20. до 23. септембра 2012. године у Сава центру у Београду.

У години у којој Српско лекарско друштво обележава 140 година свог постојања, XVII конгрес лекара Србије организује се заједно са III конгресом лекара опште медицине Србије, који чине најбројнију и најактивнију секцију Српског лекарског друштва.

Научни одбори конгреса припремају програм који ће заинтересовати лекаре различитих струка, а позвани предавачи су наши и страни еминентни стручњаци с великим стручним и научним искуством. Зато очекујемо да ће ови конгреси бити место на којем ће се приказати најновији резултати истраживања у медицинској науци, али и најновије препоруке за праксу. Позивамо вас да и ви активно учествујете у раду конгреса приказом својих резултата и тиме допринесете да они буду место размене искустава и подстрек за нову сарадњу.

Јесен је најлепше годишње доба у Београду, па се надамо да ће ти лепи дани допринети да са задовољством учествујемо у раду конгреса, уживамо у сусрету са старим пријатељима, али и у склапању нових познанстава. Организациони одбор конгреса ће настојати да ове дане употпуни пријатним догађајима.

Добро дошли на конгрес свих лекара Србије!

Академик Радоје Чоловић,
председник СЛД

Прим. др Мирјана Мојковић
председник Секције опште медицине СЛД,

Теме:

Topics:

- 1. Превенција болести зависности у примарној здравственој заштити**
Prevention of addiction diseases in primary care
- 2. Здравствена заштита старих, доступност и приступачност**
Healthcare for the elderly – availability and accessibility
- 3. Превенција фактора ризика за хронична незаразна обољења**
Elimination of risk factors for chronic noncommunicable diseases
- 4. Слободне теме**
Free topics

2. ПРИКАЗ ТРУДНОЋЕ ПАЦИЈЕНТКИЊЕ ОБОЛЕЛЕ ОД МУЛТИПЛЕ СКЛЕРОЗЕ КОМПЛИКОВАНЕ ТИА-ом

Ивана Пекић

Дом здравља Гроцка, Београд, Србија

Увод. Хронична инфламаторна демиелинизирајућа полинеуропатија *CIDP G 61* је неуродегенеративно обољење, аутоимуног порекла. Захвата аксоне на којима поједини делови мијелинског омотача пропадају због запаљењског процеса, те се импулс слабије проводи. Испољава се неуролошким симптомима (блага/потпуна укоченост, отежано ходање, потпуне одузетости), слепилом. Чешће је код жена. Јавља се између 20. и 40. године, чешће је у северним деловима САД, Канаде и Европе, а ређе око екватора. Топлија клима, излагање сунцу, витамин *D* имају протективну улогу. Генетски фактори и стрес утичу на појаву и погоршавање болести. Животни век болесника је 10 година краћи него код здравих особа. Међу трудницама са МС 2,7% новорођенчади је било са мањом ТМ. Проценат *SC* је 42%, у односу на 33% код других жена. Број порођаја нема утицаја на развој болести, те оболеле жене треба стимулисати да рађају. *TN* интерферон и кортикостероиди.

Циљ рада. Желели смо да прикажемо могућности примарне здравствене заштите при успешном вођењу ризичних трудноћа.

Приказ случаја. Пацијенткиња И.С. 1983. годиште, нулипара, јавља се нашој установи у 13. недељи трудноће. Од 21. године се лечи од хроничне инфламаторне демиелинизирајуће полинеуропатије *CIDP G 61*. Неуролошки статус - хипотрофија интересеалних мишића и тенара обе шаке, снижена снага опозиције и адукције палца, стисак шаке изразито слаб, отежано стајање на петама. Ахилови рефлекси јако снижени. Терапију *Pronizonom* самоиницијативно прекида три месеца пре затрудњавања. Систематски преглед, УЗ прегледи (шест пута), лабораторијска испитивања (једном месечно), омогућила су да се оперативно породи здрав женски плод 3150/50. Поновна *Th Pronizon*. Следећа трудноћа, после две године, оперативно порођен здрав женски плод 3100/50. Међутим, у трећој трудноћи, у *HBD XXX*, пацијенткиња се јавља у пратњи супруга, око поднева. Жали се на трњење десне стране тела, отежан говор, који трају од претходног дана (*TA 120/70, fr 80*). Дијагноза неуролога *TIA lat. dex.* У установи терцијарног нивоа, после једнодневнoг задржавања, бива отпуштена са идентичном дијагнозом. Консултован је и хематолог (*D/dimmer 1,150 (0/0,55)*), антикардиолипинска ат. *IgG 102,8 (poz > 80)*. Опорављена без хоспитализације. Потом, термински порођен женски плод 3050/49. Уведена *Th Fraxiparin 0,3/12* месец дана.

Закључак. Успешност здравствене заштите је условљена добром повезаношћу свих њених нивоа.

Кључне речи: Мултипла склероза, *TIA*, трудноћа

3 . СЕРУМСКИ НИВОИ УКУПНОГ ХОЛЕСТЕРОЛА И КАНЦЕР

Наталија М. Јовановић, Никола Ч. Јовановић

Дом здравља Шабац, Шабац, Србија

Институт за онкологију и радиологију Србије, Београд, Србија

Увод. У *American College of Cardiology* 2007. године објављени су резултати клиничког испитивања, на основу којих је постављена сумња да низак ниво холестерола, посебно *LDL*, може да буде узрок појаве солидних тумора. Лекар опште медицине је у дилеми - да ли код пацијената са повишеним нивоима холестерола сме да примени лечење липидног поремећаја, а да свог пацијента не изложи опасности од појаве малигног тумора?

Циљ рада. Утврдити да ли постоји позитивна корелација између снижених серумских нивоа укупног холестерола и појаве солидних малигних тумора и да се на основу резултата рада добију релевантни закључци важни за лечење пацијената са хиперхолестеролемијом.

Метод. У овој опсервационој студији испитивање је обављено на малом броју учесника ($N=n_1+n_2 \leq 60$). Избор учесника је обављен методом случајног избора: 27 код којих је специјалистичким прегледом искључено присуство тумора (контролна група) и 23 пацијента код којих је, истим прегледом, потврђено присуство различитих тумора (испитивана група). У тренутку узимања података нико од пацијената није био под антихолестеролском нити антитуморском терапијом. Прикупљени подаци о броју, полу, старости и серумским нивоима укупног холестерола 50 пацијента, потом су обрађени стандардним статистичким методом.

Резултати. Не постоји значајна статистичка разлика у вредностима укупног серумског холестерола између пацијената са и без солидних малигних тумора ($p>0,05$).

Закључак. На основу резултата овог рада закључује се да лекари опште медицине могу лечити пацијенте са хиперхолестеролемијом уобичајеним лековима и по стандардном протоколу. Резултати овог рада указују да извесна разлика у серумским нивоима холестерола у пацијената испитиване и контролне групе ипак постоји, али да она није статистички значајна и не може бити основ за доношење валидних закључака. Због ове разлике, међутим, потребно је урадити ово испитивање у контролисаним рандомизованим условима на већем броју испитаника ($N>60$).

Кључне речи: низак ниво укупног холестерола, солидни тумори

Литература

1. Cohen S.J. *Statin drugs, liver injury and cancer: is there a connection?* The Medication Sense E-Newsletter, www.MedicationSense.com 2008.
2. Alsheikh-Ali AA, Medduri PV, Han H, Karas RH. *Efekt of the magnitude of lipid lowering on risk of elevated liver enzymes, rhabdomyolysis, and cancer.* Journal of the American College of Cardiology, 2007;50;409-18.
3. Kitahara MC, De Gonzales LB, Freedman ND. et al. *Total cholesterol and Cancer Risk in a Large Prospective study in Korea.* American Society of Slinical Oncology 2011;29(12):1592-98.
4. Hu J, La Vecchia C, Groh de M. et al. *Dietary cholesterol intake and cancer.* Ann Oncol 2012;23(2):491-500.
5. Dotlić R. i sar. *Medicinska statistika.* Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, 1980.

5. КЛИНИЧКИ ПУТ ЗА ПРИМАРНУ ПРЕВЕНЦИЈУ КАРДИОВАСКУЛАРНИХ БОЛЕСТИ - ИСКУСТВА

*Мирослав Миљешић, Јасмина Станковић, Љубица Ножинић-Вилус,
Весна Цветковић*

Дом здравља Шабац, Служба опште медицине, Шабац, Србија

Увод. Клинички путеви су документи који обухватају унапред јасно дефинисане све поступке и активности у току медицинске обраде одређеног пацијента од почетка до краја дотичне епизоде болести или контакта са здравственом службом.

Циљ рада. Анализом утврђених индикатора утврдити степен унапређења квалитета здравствене заштите пацијената увођењем клиничког пута (КП) у свакодневну праксу.

Метод. Анализа података из медицинске документације о обављеним превентивним прегледима за 30 пацијената пре увођења КП и подаци из обрасца КП за примарну превенцију кардиоваскуларних болести (КВБ) за 30 пацијената након имплементације клиничког пута. Праћени су следећи индикатори: 1. број и проценат пацијената без присутне КВБ обухваћених превентивним прегледима; 2. број и проценат пацијената са утврђеним факторима ризика (ФР); који су се јавили на контролни превентивни преглед; 3. број подељених писаних упутстава за промену штетних навика и отклањање утврђених ФР; 4. број пацијената којима је при превентивним прегледима урађена процена десетогодишњег ризика од настанка КВБ применом *SCORE* модела, све пре и након имплементације КП. Урађена је статистичка анализа утврђених индикатора пре и 4 месеца након увођења КП у редовну праксу.

Резултати. Од 30 пацијената на превентивним прегледима пре увођења клиничког пута без кардиоваскуларне болести било је 8 (26%), док је у клинички пут укључено по позиву 30 пацијената и сви су били без КВБ (100%). На контролне превентивне прегледе у року 4 месеца из прве групе пацијената јавило се 12 (40%), ниједан од оних без КВБ, углавном по личном нахођењу и у нередовним размацима, док се из друге групе јавио 21 пацијент (70%), и то у заказаним терминима у року 1-3 месеца. Пре увођења КП ниједном пацијенту није вршена процена десетогодишњег ризика од КВБ по *SCORE* методу, а након увођења КП је свима одређен *SCORE*. Пре увођења КП пацијентима је дељено мање писаних упутстава за побољшање стилова живота (просечно 1,2 по пацијенту), него након имплементације КП (2,2 по пацијенту).

Закључак. Имплементација КП за примарну превенцију КВБ у раду лекара опште медицине довела је до статистички значајног побољшања праћених индикатора квалитета здравствене заштите.

Кључне речи: клинички пут, превентивни прегледи, водич, алгоритам

Литература

1. Републичка стручна комисија за израду и имплементацију водича у клиничкој пракси. Национални водич клиничке праксе за лекаре у примарној здравственој заштити. *Превенција кардиоваскуларних болести*. Министарство здравља Републике Србије, ЕПОС, Београд, 2005.
2. Кебер Д. Приручник за клиничке путеве. Пројекат *Пружање унапређених услуга на локалном нивоу и Развој здравства Србије - додатно финансирање*. Министарство здравља Републике Србије, Београд, 2010.
3. Републичка стручна комисија за израду и имплементацију водича добре клиничке праксе (Замлакар М. и сар.). *Национални водич добре клиничке праксе за дијагностиковање и лечење липидских поремећаја*. Министарство здравља Републике Србије, АЗУС, Београд, 2011.

4. Републичка стручна комисија за израду и имплементацију водича добре клиничке праксе (Милашиновић Г и сар.). *Национални водич добре клиничке праксе за дијагностиковање и лечење артеријске хипертензије*. Министарство здравља Републике Србије, АЗУС, Београд, 2011.
5. Министарство здравља Републике Србије. *Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите*. Службени гласник РС 54/07, Београд, 2007.

7. УЧЕСТАЛОСТ МЕТАБОЛИЧКОГ СИНДРОМА У ГРУПИ БОЛЕСНИКА СА ПРЕТХОДНИМ ДОГАЂАЈЕМ

Александра Николић, Дејан Николић, Виолета Станимировић*,
Драган Мицић

Медицински факултет, Универзитет у Београду, Србија

*Агенција за лекове и медицинска средства Србије

Циљ рада. Проценити учесталост *MetSy* у групи болесника са инфарктом миокарда (ИМ), односно претходном реваскуларизацијом и утврдити колики је утицај *MetSy*, у поменутих групама, на прогресију болести у односу на оне који нису имали ИМ, односно реваскуларизацију.

Метод. *MetSy* је дефинисан *International Diabetes Foundation* критеријумима. Праћени су претходни ИМ, односно перкутана коронарна интервенција (*PCI*) или аорткоронарни бајпас (*ACB*). *MetSy* је издвојен у односу на дијабетес мелитус тип 2 (ДМ). Формиране су четири групе у односу на *MetSy*, односно ДМ по принципу има/нема (групу *A* (-*MetSy*/-ДМ), *B* (+ДМ/-*MetSy*), *C* (-ДМ/+*MetSy*) и *D* (+ДМ/+*MetSy*). Коронарна болест (КБ) је градирана у односу на број захваћених крвних судова (нормалан налаз, једно-, дво-, тро-, четири и вишесудовна болест).

Резултати. У студију је укључено 837 консекутивних болесника, 75,6% је испунило критеријуме за *MetSy*. Учесталост КБ код оних који имају, односно немају *MetSy* нису значајно различите ($p=0,088$); ИМ су чешће имали мушкарци ($p<0,01$), најчешће млађи од 50 година (61,6%), статистички незначајно ($p=0,095$). *MetSy* није био значајније заступљен код оних који су имали од оних који нису имали ИМ (75,9% vs 75,3%); ($p=0,882$). Међу болесницима са и без ИМ, највише су били заступљени болесници из групе *C* по *MetSy*, а најмање болесници из групе *B*, статистички незначајно ($p=0,991$). *PCI* је био заступљен у 11,5%, *ACB* у 10% болесника. Нема разлике у односу на пол у *PCI* групи (10,9% vs 1,6%, $p=0,770$), *ACB* је нешто чешћи код мушкараца (11,6% vs 6,7%, $p=0,051$). У најстаријој групи *PCI* је најређа (13,4% vs 13% vs 7,8%, $p=0,083$). *ACB* значајно чешћи у најстаријој групи (8% vs 9% vs 14,8%), ($p<0,05$). Дистрибуција појединих група *MetSy* код оних који су имали претходни *PCI* и *AOC* се нису значајно разликовале ($p=0,690$). Група *C* је најзаступљенија и у *ACB* и у *PCI* групи, статистички незначајно (50% vs 41,7%; $p=0,215$). Није било статистички значајне разлике у учесталости болесника са или без ИМ код претходне *PCI* (6,2% vs 5,3%), ($p=0,665$), односно *ACB* групе (5,7% vs 4,8%), ($p=0,626$). У *PCI* групи најчешће су имали тросудовну (26,9%) и једносудовну (26,9%) болест ($p=0,634$); у *ACB* групи најчешће су имали тросудовну (46,2%) болест ($p=0,153$); у ИМ значајније је заступљена тросудовна болест (35%), ($p=0,09$).

Закључак. Релативна заступљеност *MetSy* код болесника са претходним ИМ, *PCI* или *AOC*-ом је висока, преко 75%. Независно од ДМ, *MetSy* није имао утицај на учесталост претходних догађаја.

Кључне речи: метаболички синдром, реваскуларизација миокарда, инфаркт миокарда

Литература

1. Nesto RW. *The relation of insulin resistance syndromes to risk of cardiovascular disease*. Rev Cardiovasc Med. 2003; 4(6):11-18.
2. Reaven GM. *Insulin resistance, cardiovascular disease, and the metabolic syndrome: how well do the emperor's clothes fit?* Diabetes Care 2004; 27(4):1011-12.
3. Alberti KG, Yimmet P, Shaw J. *Metabolic syndrome – a new world-wide definition*. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. Diabet. Med 2006;23:469-480.

4. Reaven GM. *The Individual Components of the Metabolic Syndrome: Is There a Raison d'Etre?* Journal of the American College of Nutrition, 2007;26(3):191–195.
5. Widimsky P, Wijns W, Fajadet J, de Belder M, Knot J at al. *Reperfusion therapy for ST elevation acute myocardial infarction in Europe: description of the current situation in 30 countries.* European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions. Eur Heart J. 2010 Apr;31(8):943-57.

11. ИНДИРЕКТНА И ДИРЕКТНА ИНСУЛИНСКА РЕЗИСТЕНЦИЈА У ПРОЦЕНИ БОЛЕСНИКА НАКОН ПЦИ

Дејан Николић, Александра Николић, Виолета Станимировић*, Драган Мицић

Медицински факултет, Универзитет у Београду, Србија

*Агенција за лекове и медицинска средства Србије, Београд, Србија

Увод. *НОМА*-индекс представља меру директне а метаболички синдром (*MetSy*) је параметар индиректне инсулинске сензитивности. Могућност предвиђања коронарне болести (КБ) путем параметара инсулинске сензитивности је још увек контроверзна.

Метод. *MetSy* је дефинисан критеријумима *International Diabetes Foundation*. *НОМА*-индекс је изведен из математичке формулације вредности гликемије и инсулина наташте. Формиране су четири групе у односу на *MetSy*, односно дијабетес мелитус тип 2 (ДМ) по принципу има/нема (групу А (-*MetSy*/ДМ), В (+ДМ/-*MetSy*), С (-ДМ/+*MetSy*) и Д (+ДМ/+*MetSy*). У испитиваној групи урађена је перкутана коронарна реваскуларизација (*Percutaneous coronary interventions - PCI*). Праћена је учесталост *MACE* (*Major adverse cardiac events*) која обухвата инфаркт миокарда, ангину, акутно попуштање срца, у периоду од месец дана и шест месеци.

Резултати. Након инвазивне кардиолошке дијагностике, код 88 болесника је урађена *PCI*. Профил *НОМА* показује да је ова вредност значајно повишена код оних болесника који имају *MetSy*, што указује на присутну директну инсулинску резистенцију у овој групи ($\chi^2=666,7$, $df=1$, $p=0,002$). Вредност *НОМА* је значајно виша у групи Д (12,37) у односу на групу С ($\chi^2=1334$, $df=3$, $p=0,0001$). *НОМА* је значајно виша у групи која има три, четири или више крвних судова у односу на оне који немају КБ или имају једносудовну или двосудовну болест, али разлика није статистички значајна. Уочава се да они који немају или имају једносудовну болест имају исте просечне вредности *НОМА* (7,72). *НОМА* је виша у групи која нема него у групи која има *MACE* након месец дана, али разлика није значајна ($p=0,587$). Просечна вредност *НОМА* у групи која нема *MACE*, превазилази вредност која је гранична за инсулинску резистенцију (9,2) ($\chi^2=62,177$, $df=1$, $p=0,355$). *НОМА* је виша у групи која има него у групи која нема *MACE* након шест месеци, разлика је статистички значајна. Просечна вредност *НОМА* у групи која има *MACE*, превазилази вредност граничне за дефинисане инсулинске резистенције ($\chi^2=296,05$, $df=1$, $p=0,036$). Учесталост *MACE* у *PCI* групи након једног месеца је била значајна код болесника без *MetSy* ($p=0,009$), али не и након шест месеци ($p=0,589$).

Закључак. *НОМА* индекс представља параметар који може да буде предиктор *MACE* након 6 месеци. Утицај *MetSy* је парадоксалан и не може да буде параметар интермедијалног праћења код болесника којима је урађана *PCI*.

Кључне речи: *НОМА* индекс, метаболички синдром, реваскуларизација, *MACE*

Литература

1. Kendall DM, Sobel B, Coulston A, Peters AL et al. *The insulin resistance syndrome and coronary artery disease*. *Coronary Artery Disease* 2003;45:335-348.
2. LeWinterin M. *Association of syndromes of insulin resistance with coronary artery disease*. *Coronary Artery Disease* 2005; 8:477-480.

3. Jeong Su Kim, Han Cheol Lee, Bo-Kyung Choi et al. *Impact of metabolic syndrome on in-stent restenosis and clinical outcomes after percutaneous coronary stent implantation*. Diabetes Research and Clinical Practice 2010;e38–e41.
4. Vonbank A, Saely CH, Rein P et al. *Insulin resistance is associated with the metabolic syndrome and is not directly linked to coronary artery disease*. Clinica Chimica Acta 2011;412:11-12.

13. ДЕСЕТОГОДИШЊЕ ИСКУСТВО РАДА СА ШКОЛСКОМ ДЕЦОМ У ПРЕВЕНЦИЈИ БОЛЕСТИ ЗАВИСНОСТИ

Александар Омеровић

Дом здравља "Др Јован Јовановић Змај", Стара Пазова, Србија

Увод. Болести зависности представљају проблем са којим се на адекватан начин треба суочити већ на нивоу примарне здравствене заштите, првенствено кроз квалитетну превенцију. Формирањем тимова за превентивни рад у радионицама, постижу се резултати који су од непроцењивог значаја. Пуних десет година смо радили са децом на превенцији болести зависности као тим који је један од првих у Србији покренуо овакав начин рада.

Циљ рада. Приказати резултате превентивног рада у популацији школске деце узраста од 12 до 15 година, која представљају најосетљивију групу. Издвојити најчешће проблеме које треба посебно акцентовати и приступити њиховом решавању. Показати предности рада у радионицама до 15 ученика.

Метод. Учињена је проспективна анализа рада у периоду од 2000. до 2010. године, укупно 1.268 ученика старости 12 година, 1.325 ученика старости 13 година, 1.244 ученика старости 14 година и 1.147 ученика старости 15 година.

Резултати. Огромна заинтересованост ученика и активно учешће у раду са тимом који чине лекар, психолог и социолог/социјални радник, у евалуационим листовима показао је да 52,3% ученика никада није пробало ништа од супстанција које доводе до болести зависности, 42% је пробало једну или више док 5,7% повремено или стално користи алкохол, цигарете или дрогу. Чак 89% наводи да никада није разговарало са родитељима на ову тему; 98% испитаника су током радионице сазнали оно што раније нису знали. Сви су једногласно потврдили да на ову тему треба радити још више и квалитетније.

Закључак. Превентивни рад кроз радионице у узрасту од 6. до 8. разреда основне школе представља дефинитивно најбољи начин рада који би требало уврстити у редован и обавезан вид едукације школске деце.

Кључне речи: превенција, школска деца, радионице, болести зависности

Литература

1. Николић Д. *Болести зависности*. Социјална мисао, Београд, 2000.
2. Букелић Ј. *Дроге у школским клупама*, III допуњено издање. Издавач ИП „Веларта“, Београд, 2002.
3. UN ODCCP (2001). *World Drug Report 2000*, Vienna.
4. Ferrence R. *Diffusion Theory and Drug Use*. *Addiction* 2001;96(1):165-173.
5. Drummond CD. *Theories of Drug Craving, Ancient and Modern*. *Addiction*, 2001;96(1):33-46.

14. ОСТЕОПОРОЗА, РАНА ДИЈАГНОСТИКА

Зорица Цупаћ, Снежана Вујанић

Здравствени центар Крушевац, Крушевац, Србија

Увод. Генерализована остеопороза је системска болест коштаног ткива. Карактерише се смањењем коштане масе и оштећењем микроархитектуре кости. Фактори ризика за остеопорозу могу бити главни и споредни. Главни фактори ризика су: пушење, употреба кортикостероида, мршавост *BMI* мањи од 19, смањење висине 2 *cm* и више, фрактура пре 40. године. Споредни су: рана менопауза, пре 45. године, хистеректомија, употреба алкохола, старији преко 65 година, недовољни унос *Ca* у исхрани, физичка неактивност. За дијагнозу остеопорозе, поред анамнезе, клиничког прегледа, неопходни су лабораторијске вредности *Ca*, *P*, алкалине фосфатазе, као и *DEXA* вредност *T* скорa као стандард за постављање дијагнозе остеопорозе. Вредност *T* скорa до 1 је нормалан, налаз 1-2,5 остеопенија, > 2,5 остеопороза.

Циљ рада. Праћење заступљености поремећаја густине кости код пацијенткиња са сумњом на остеопорозу, заступљеност остеопорозе према годинама живота, присуство фрактура код испитиваних пацијенткиња.

Метод. Заснива се на одабирању 40 пацијенткиња од 45 до 55 година, које имају један од фактора ризика за остеопорозу.

Резултати. Од 40 пацијенткиња, 21 је упућена на *DEXA*. Од 21 пацијенткиње, 14 је имало вредности > 2,5; 6 је имало фрактуру ручја и надлактице, две фрактуре лумбалних пршљенова и једна фрактуру врата бутне кости. Код 7 пацијенткиња вредности *T* скорa су се кретале од 1-2,5, остеопенија, а преосталих 5 пацијенткиња је имало *T* скор мање од 1. Код преосталих пацијенткиња урађена је *RTG* предилекционих места, додатне лабораторијске анализе, ради ране дијагностике остеопорозе.

Закључак. Рано откривање и адекватно лечење пер или ампулираном терапијом где је индиковано, уз адекватну исхрану и физичку активност и физикалне процедуре, могу спречити настајање фрактура и побољшати начин живота.

Кључне речи: остеопороза, рана дијагностика

15. ЛЕЧЕЊЕ ХИПЕРТЕНЗИЈЕ МОНО И КОМБИНОВАНОМ ТЕРАПИЈОМ

Зорица Цупаћ, Мирјана Стефановић
Дом здравља Крушевац, Крушевац, Србија

Увод. Артеријска хипертензија је повећање вредности крвног притиска $\geq 140/90$ мм Хг, од кога болује 2/3 популације старости преко 55 год. Повишен крвни притисак је један од највећих фактора ризика за коронарну болест. Ризик за развој кардиоваскуларних компликација је сразмеран његовом повишењу у свим старосним групама оба пола. Нелечена хипертензија је стручна грешка, јер је доказано да добро регулисан крвни притисак доводи до редукције настанка можданог удара за 30-40%, акутног инфаркта миокарда за 20-25% и срчане инсуфицијенције за 50%.

Циљ рада. Приказати коришћење фармаколошке терапије у лечењу артеријске хипертензије. Сагледати хипертензију моно или комбинованом терапијом. **Метод.** За обраду и анализу као извор података коришћени су здравствени картони пацијената прве здравствене станице.

Резултати. Обрађено је 110 пацијената, 88 жена и 22 мушкарца од 40 до 60 година. У лечењу артеријске хипертензије коришћено је шест група лекова (диуретици, бета блокатори, антагонисти Са, АСЕ инхибитори, алфа блокатори). На монотерапији је било 29%, два лека је узимало 22%, три лека 33%, четири и више лекова 16% пацијената. По групама, највише су коришћени АСЕ инхибитори - 45 (40,99%), бета блокатори 30 (27,27%), антагонисте Са 15 (13,6%) а четири је користило алфа блокаторе (3,63%).

Закључак. Једини циљ лечења хипертензије моно или комбинованом терапијом је да се постигне нормалан крвни притисак.

Кључне речи: артеријска хипертензија, медикаментна терапија

17. УЧЕСТАЛОСТ ДИЈАГНОЗЕ ГОЈАЗНОСТИ У ОРДИНАЦИЈИ ИЗАБРАНОГ ЛЕКАРА ДЗ "НОВИ САД"

Татјана Егић, Татјана Здравковић, Гордана Томин Петровић
Дом здравља "Нови Сад", Нови Сад, Србија

Увод. Прекомерна тежина и гојазност су дефинисани као неуобичајена или прекомерна акумулација масти које могу угрозити здравље. Истраживања здравља становника Републике Србије из 2006. године показују да је 18,3% одраслог становништва гојазно. Истовремено, према подацима Института за јавно здравље Србије "Др Милан Јовановић Батут" објављеним у здравствено-статистичком годишњаку Републике Србије за 2010. годину, у Републици Србији је пријављено само 19.750 пацијената са шифром гојазности *E66*. Како се оцена оболевања становништва заснива на званично регистрованом морбидитету дела становништва које користи здравствену заштиту у здравственим установама, изузетно је значајно правилно регистровање свих присутних обољења од стране изабраних лекара.

Циљ рада. Утврдити преваленцију гојазности пацијената Дома здравља Нови Сад и број пацијента којима су изабрани лекари у здравствени картон унели дијагнозу гојазности *E66*, као коначну дијагнозу која улази у званичну морбидитетну статистику.

Метод. Анализа података о телесној висини, телесној тежини, вредностима *БМИ* и коначних дијагноза уписаних у ел. картон одраслих пацијената ДЗ Нови Сад.

Резултати и дискусија. Анализирани су подаци из електронског картона 39.405 пацијената, од чега 22.930 (58,19%) жена и 16.475 (41,81%) мушкараца. У испитаном узорку прекомерну телесну масу имало је 15.910 (40,38%); 9.035 гојазних особа чиниле су 22,93% укупног броја испитаника. Анализа постављених дијагноза показала је да су у току 2011. године изабрани лекари Дома здравља Нови Сад поставили дијагнозу гојазности – *E66* код 1.904 пацијента. Из добијених података види се да су изабрани лекари дијагнозу гојазности поставили само код 21,07% свих пацијената којима је објективним мерењима и израчунавањем *BMI* утврђено њено постојање.

Закључак. Само се адекватним регистровањем и праћењем морбидитетних података може утврдити пораст оболевања од одређених болести у заједници и благовремено реаговати одговарајућим мерама превенције и лечења. У том смислу не треба заборавити да гојазност није само фактор ризика за настанак многих хроничних незаразних болести, већ је и обољење *per se*, да се као такво мора адекватно дијагностиковати и регистровати, те је неопходно у картону сваког пацијента код кога је утврђено постојање гојазности уписати и дијагнозу и шифру овог обољења.

Кључне речи: *BMI*, ухрањеност, преваленција гојазности

Литература

1. World Health Organisation. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: WHO Tech Rep Series 894, Geneva, 2000.
2. World Health Organization. *Fact sheet N°311: obesity and overweight*. (Updated March 2011). Available online: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
3. The International Association for the Study of Obesity [homepage on the Internet]. London: The International Association for the Study of Obesity; c2012 [cited 2012 Jan 30]. *Obesity the Global Epidemic*. Available online: <http://www.iaso.org/iotf/obesity/obesitytheglobalepidemic/>

4. Министарство здравља Републике Србије (2007). *Истраживање здравља становника Републике Србије*. Београд.
5. Институт за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић Батут”. *Здравствено-статистички годишњак Републике Србије 2010*. Београд: Институт за јавно здравља Србије “Др Милан Јовановић Батут”; 2011. стр. 115, 128, 142, 259, 272, 284.

18. НАЈЧЕШЋЕ ПОВРЕДЕ ЛОКОМОТОРНОГ СИСТЕМА КОД СТАРИХ ПО ПОЛОВИМА

Љиљана Милојковић, Луција Недељковић, Дејан Недељковић, Зорица Бреберина
Здравствени центар "Крушевац" - Дом здравља "Крушевац", Крушевац, Србија

Увод. Особености патологије коштано зглобног система код старих људи је у тесној вези са општим инволутивним процесима, који доводе до смањења виталности свих ткива.

Циљ рада. Приказати најчешће узроке и врсте повреда код старих по половима.

Метод. За анализу су методом случајног узорка узети старији болесници који су се са повредама јављали у ординацији опште медицине.

Резултати. Анализирано је 107 болесника од 65 до 83 године (просечна старост 74 године,) 42 (39,3%) мушкарца и 65 (60,7%) жена. Највећи број повређених 59 (55,1%) је старосне доби 70-79 година. Повреде услед пада на истом нивоу је имало 27 (25,2%) мушкараца и 36 (33,6%) жена; пад са степеница 3 (2,8%) мушкараца и 7 (6,5%) жена; оклизнуће 4 (3,74%) мушкараца и 9 (8,4%) жена; губитак свести 1 (0,93%) мушкарац и 2 (1,8%) жене; повреде у саобраћају 7 (6,5%) мушкараца и 11 (10,3%) жена. Највећи број повреда су преломи подлактице код 37 (35,2%); повреде грудног коша код 27 (25,2%); повреде скочног зглоба и стопала код 19 (17,75%) болесника; прелом врата бутне кости код 4 (3,7%) болесника.

Закључак. Број повреда код старијих људи је велики, 60% код жена. Највећи број повреда су преломи подлактице и грудног коша. Најсложеније повреде овог доба представљају преломи бутне кости и трохантерног масива. Основни циљ у лечењу и рехабилитацији је што раније оспособљавање.

Кључне речи: повреде, стара популација, пол.

Литература

1. Жигић Д, Иванковић Д, Константиновић Д. *Повреде костију и зглобова*. У: Општа медицина. СЛД Београд, 2000;стр.1030-1063.
2. Петковић С, Букуров. *Хирургија*. У: Хирургија кичменог стуба. Београд-Загреб, 1980;стр.1240-1280.
3. Круп М. *Интерна медицина*. У: Геријатријска медицина и геријатријски болесник, Београд, 1991;стр. 24-35.

19. КАРЦИНОМ БУБРЕГА - ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

Весна Јонић, Лидија Вучковић Харди*, Тамара Роквић

Дом здравља "Суботица", Суботица, Србија

*Општа болница "Суботица", Суботица, Србија

Увод. Аденокарцином бубрега настаје из епителних ћелија тубула бубрега и најзаступљенији је тумор бубрега код одраслих. Најчешће се јавља између шесте и седме деценије, чешће код мушкараца. Најважнији фактори ризика су пушење, фамилијарна предиспозиција, хемодијализа и повишен крвни притисак. Карцином бубрега је, најчешће, асимптоматска болест, па се дијагноза углавном поставља у каснијим стадијумима болести. Клинички се манифестује појавом безболне макрохематурије, боловима у слабинама, а некада се може јавити и палпабилна туморска маса у абдомену.

Циљ рада. Указати на могућност значајног продужавања преживљавања код пацијената са дисеминованом болешћу, применом сунитиниба и палијативних процедура.

Метод. Приказ случаја.

Приказ случаја. Мушкарац стар 48 година, први пут се јавио лекару пре 5 година због појаве безболне хематурије. Након ординираних антибиотске терапије није дошло до повлачења симптома, те је упућен на даље испитивање и лечење, да би ускоро била постављена дијагноза карцинома левог бубрега, и урађена радикална нефректомија. Патохистолошки налаз: *аденосарцинома ренис градус II*, по типу светлих и делимично гранулираних ћелија. У прегледаним лимфним жлездама нису пронађени знаци метастазирања, капсула бубрега очувана, без васкуларне инвазије. Након операције, пошто нема конвенционалног протокола за адјувантну хемиотерапију, пацијент је редовно праћен у онколошкој амбуланти све до јуна 2009. год., после чега се самоиницијативно није јављао, јер се осећао добро. У септембру 2011. год. поново се јавио лекару због појаве сувог кашља са хемоптизијама и гушењем. У тешком општем стању примљен је на одељење онкологије, где се урађене потребне претраге: *CT налази: meta. Pulm. bilat; metastasis lymphonodi paratrachealis l. dex. cum stenosis bronchus principalis l. dex; metastasis lymphonodi bronchopulmonalis, cum stenosis a pulmonalis dex; metastasis lymphonodi reg. aortopulmonalis multiplices; laesio focalis gl. suprarenalis l. dex; lymphadenomegalia colli bilat.* Са налазима упућен на онколошки конзилијум ради укључења лека сунитиниба, где је утврђено да испуњава критеријуме и започета терапија. На контролном *CT* налазу, након 1. циклуса, дошло је до значајне регресије секундарних депозита плућног паренхима, и по броју и по величини. Мекоткиви садржај у десном главном бронху, који је постојао и на претходном прегледу, сада, највећим делом, испуњава и бронх за доњи режањ. Лимфаденомегалија медијастинума перзистира у истој локализацији и обиму. мфаденомегалија медијастинума перзистира у истој локализацији и обиму. Налаз на десној надбубрежној жлезди је непромењен. Опште стање пацијента је значајно побољшано, изузев диспнее при напору, узроковане опструкцијом десног бронха, те је урађена ласер ресекција тумора трахеје и главног десног бронха, а након тога спроведена и ендолуминална контактна брахи-радиотерапија. Пацијент се данас добро осећа, добро толерише напор при обављању дневних активности, терапију сунитинибом добро поднео, без пропратних нуспојава.

Закључак. Успех терапије зависи од локалне проширености тумора, величине, степена малигности тумора и општег стања пацијента. Осим хируршког лечења, примењује се и радиотерапија, хемиотерапија, имунотерапија, и циљана, антиангиогена терапија (sunitinib). Sunitinib блокира протеине унутар ћелија тумора, који су одговорни за стварање нових

крвних судова, те на тај начин, може успорити његово ширење. Он не може излечити карцином, али помаже да се олакшају симптоми код пацијента и продужава преживљавање.

Кључне речи: карцином бубрега, хематурија, радикална нефректомија, sunitinib, преживљавање

Литература

1. Стефановић В. *Тумори уринарног тракта*. У: Интерна медицина. Стеван Илић гл. уред. Прво издање. Просвета. Нис. 2004;стр.579.
2. Kumar Abbas, Fausto Mitchell. *Тумори бубрега*. У: Робинсонове основе патологије. Осмо издање. *Data stus*. Београд. 2010;стр. 573-575

20. СТРУМАЛНИ КАРЦИНОИД ЈАЈНИКА - ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

Лидија Вучковић Харди*, Весна Јонић, Весна Павловић, Тамара Роквић

*Општа болница "Суботица", Одељење: патологија, Суботица, Србија
Дом здравља "Суботица", Суботица, Србија

Увод. Карциноиди су неуроендокрине неоплазме са специфичним хистолошким, биолошким и клиничким карактеристикама. Најчешће су локализовани у гастроинтестиналном тракту и бронхопулмоналном систему, али се значајан број може јавити и на другим локализацијама. Примарни карциноидни тумори јајника су врло ретки и чине мање од 1% свих карциноидних тумора и мање од 0,1% малигних тумора јајника. Струмални карциноид јајника је неоплазма, која је грађена из ткива штитасте жлезде уз компоненте малигног тумора типа карциноида.

Циљ рада. Приказати пацијенткињу са једном од ређих неоплазми јајника ограничену на јајник у моменту постављања дијагнозе.

Метод. Приказ случаја.

Приказ случаја. Пацијенткиња старе 49 година, почетком јуна 2011. год. јавила се гастроентерологу због затвора, урађена је колоноскопија, иригографија и езофагогастроуденоскопија – нормални налази. Упућена је на *UZ* преглед горњег и доњег абдомена, при чему је у малој карлици десно у пределу оваријума нађена видљива меко ткивна сенка и делом цистична лезија пречника 106 mm x 67 mm, а у левом оваријуму циста пречника 45 mm, након чега се јавља гинекологу и крајем јуна урађена је тотална хистеректомија са билатералном аднексектомијом. Патохистолошки (*PH*) се у десном јајнику констатује проста циста, а у левом тумор јајника грађен од цилиндричних ћелија које формирају трабекуле и псеудополипоидне творевине. На два исечка постоје и фоликулоидне формације обложене кубичним ћелијама са присутним колоидом у фоликулима, који може одговарати тератому или *sex cord* стромалном тумору. Следи *ИНН* (имунохистохемијска анализа) у Клиничком центру Војводине, којом се поставља дијагноза (*Dg*) струмалног карциноида јајника (*Hromogranin A+(CgA)*, *Sinaptofizin+*, *TTF1-/+*, *Tiroglobulin +*, *kalcitonin+/-*, *galectin-*, *CEA-*, *Ki67 до 1%*, *CTN+/-*, *AFP-*, *inhibin-/+*, *EMA-/+*). Пацијенткиња се од стране онколошке комисије упућује у Клинички центар Србије у Београду, Институт за ендокринологију и болести метаболизма ради одлуке о даљем лечењу, где је урађена и ревизија *PH* налаза и потврђена нађена *Dg*: ради се о трабекуларном карциноиду јајника са фокусима аберантног тироидног ткива. Постоперативним *СТ*-ом и *НМР* се десно у малој карлици уочавају две лако увећане парааилејакалне лимфне жлезде (*lgl*) величине 12 mm и 13 mm и две парааортално *lgl* величине по 12 mm, уз нормалан налаз у абдомену и грудном кошу. Постоперативни *CgA* нормалан (45,8) уз нормалне *5-HiAA* (5 хидрокси индолсирћетна киселина), *НСЕ* (неурон специфична енолаза) и *Ca 125* (13,03), *CEA* (1,6), хормони штитасте жлезде су у границама референтних вредности, и *PTH*, витамин *D* низак. Јануара 2012. урађен и *Остеосцан* којим се не приказују зоне појачаног акумулације *rf* (суспектно дискретно акумулације у регији увећаних *lgl*). Имајући у виду *PH* налаз и одсуство резидуалне болести, пацијенткињу надаље треба само пратити – *хромогранин А* и *ЕНО* абдомена планирати за 3 месеца, *НМР* абдомена за 6 месеци.

Закључак. Прогноза карциноида јајника је повољна јер је само 1,5-2% малигно. Повољан исход може се очекивати у случајевима са примарним тумором који је ограничен на јајник у моменту постављања *Dg* када стопа преживљавања износи више од 90%. Дефинитивна *Dg* се поставља само на основу патохистолошког налаза уз имунохистохемијске методе бојења типичним неуроендокриним маркерима. Хируршки третман и даље праћење пацијента су терапија избора.

Кључне речи: јајник, карциноид, туморски маркери, хистеректомија са аднексектомијом, томографија

Литература

1. Јањић М. *Тумори јајника*. У: Патологија женског гениталног система. Гл. уред. др Миомир А. Јањић. Графапромет, Рума. 1992;стр. 130-133.
2. Росаи Ј. *Тумори јајника*. У: Росаи и Акерман хируршка патологија. Превод са америчког издања. Школска књига, Загреб 2010;стр.1690-1691.
3. Altchek A, Deligdisch L, Kase NU. *Diagnosis and managment of ovarian disorders*. Elsever Sciense (USA), 2003:p 105-107.

21. ГЛАВОБОЉЕ

Сузана Величковић

Дом здравља "Панчево", Панчево, Србија

Увод. Главобоље су чест неуролошки симптом. Представљају бол у пределу главе, лица и горњег дела врата. Подељене су у 14 класа. Према узоку могу бити *примарне*, које су самостално обољење и за њих се узрок не зна, *секундарне*, које настају због болести и повреда главе и врата и *остале* главобоље.

Циљ рада. Испитати учесталост јављања главобоља код особа оба пола по старосним категоријама, време јављања главобоља, повезаност са факторима изазивачима и најчешће узроке.

Метод. Испитано је 66 пацијената упитником у редовним посетама изабраном лекару, а који су имали симптом главобоље, старости од 25 до 83 године.

Резултати. Већи је број испитаних жена, њих 47 (71,21%) од мушкараца којих је било 19 (28,79%). Старост жена је од 25 до 80 година (просечна старост 54,51 година), а старост мушкараца је од 26 до 83 године (просечна старост 64,05 година). Главобоље најчешће нису имале одређено доба дана за појављивање. Провоцирајући фактор код највећег броја је био стрес (37,50%). Најчешћи узрок главобоље је био проблем са вратном кичмом (31,02%), а затим артеријска хипертензија (30,4%).

Закључак. Главобоље некада могу бити јаке и тешке, па ремеће нормалне животне навике и умањују квалитет живота. Зато је задатак лекара опште медицине да ваљано узме анамнезу, а затим упути пацијента на неопходне консултативне прегледе и дијагностичке методе, да би се што пре утврдио тип главобоље и започело лечење.

Кључне речи: симптом, примарне главобоље, секундарне главобоље

Литература

1. Радојчић Б. *Опита и специјална клиничка неурологија*. Београд 1998;стр. 149-154.
2. Мартиновић З. *Главобоље, класификација и лечење*. Београд 2006;стр. 79-95, 128-41, 284-93
3. Републичка стручна комисија за израду и имплементацију водича у клиничкој пракси. Министарство здравља Републике Србије. *Главобоља*. Национални водич за лекаре опште медицине. 1. издање. Београд, Медицински факултет Универзитета у Београду, 2005.
4. Медина Ф. и сар. *Медицински лексикон*. Београд 2005;стр.280-5.

22. ПУШЕЊЕ И КАРЦИНОМ ПЛУЋА

Виолета Недић, Драгана Марић
Кућно лечење, Крушевац, Србија

Циљ рада. Доказати да постоји значајна повезаност између карцинома плућа и броја попушених цигарета као и дужине трајања навике, тј. Пушачког стажа у годинама живота.

Метод. Истраживање је спроведено у Кућном лечењу - Крушевац. Узет је протокол болесника од 1. јануара - 31. децембра 2011. год. Изабрани су пацијенти оболели од карцинома плућа. Анализирани су њихови здравствени картони и постављен анонимни упитник на терену.

Резултати. Од укупно 46 пацијената оболелих од карцинома плућа, било је 29 (63,04%) мушкараца и 17 (36,96%) жена. Пик инциденције је између 56 и 65 година. Пушача је било 37 (80,43%), непушача 9 (19,56%). Од 37 пушача, 28 (75,67%) је мушкараца, највише оних који пуше више од 2 пакле дневно - 17 (45,94%); и 9 жена, највише оних које пуше 1-2 пакле дневно - 5 (13,51%). Највише има мушкараца са пушачким стажом од 36 до 45 година - 12 (32,43%), док је код жена највише пушача са стажом од 26 до 35 година - 5 (13,51%).

Закључак. Мушкарци су већи уживаоци дувана, имају дужи пушачки стаж и већи број попушених цигарета дневно. Зато су пацијенти мушког пола више оболели од карцинома плућа.

Кључне речи: карцином плућа, пушење, број попушених цигарета, пушачки стаж

Литература

1. Стефановић С. и сар. *Интерна медицина*. Београд, 1994;стр. 605-613.
2. Институт за заштиту здравља Србије. *Инциденција и морталитет од рака у централној Србији*. Београд, 2004.

24. ЛЕЧЕЊЕ ДЕКУБИТУСА У САРАДЊИ СА СЛУЖБОМ ЗА КУЋНО ЛЕЧЕЊЕ И НЕГУ ДОМА ЗДРАВЉА

Мирослав Миљковић

Здравствени центар, Алексинац, Србија

Увод. Рана од лежања или декубитус је стање које настаје услед дужег и поновљеног излагања појединих делова тела силама притиска, смицања и трења. Једна је од најчешћих компликација непокретности. Декубитус настаје на оним деловима тела који су највише изложени притиску а где се кост налази непосредно испод коже, са врло танким слојем мишићног ткива. Та места се зову предилекциона места и на људском телу их има неколико.

Циљ рада. Намера нам је да прикажемо наша искуства у лечењу декубитуса код непокретних пацијената у кућним условима а у сарадњи са службом за кућно лечење и негу дома здравља.

Метод. Анализирани су резултати у протекле две године од када постоји тесна сарадња између Хируршког одељења болнице и Службе за кућно лечење дома здравља у лечењу овог упорног проблема, који је скуп за болничко лечење а и због боље неге резултати су јако добри и у кућним условима.

Резултати. У протекле две године лечено је, по принципу ове сарадње, укупно 18 пацијената са декубитусима различите етиологије, али је у основи била непокретност пацијената, различите локализације, 10 пацијената је припадало ИВ стадијуму, 5 трећем и 3 другом. Пацијенти су просечне старости 58 година. Контроле хирурга су вршене на недељу или две недеље, у зависности од налаза, и чешће а подразумевале су евентуалне некректомије и дебридмане. Након тога, бригу о пацијенту преузимала би Служба за кућно лечење, која би третирали пацијенте по ординираним протоколу, уз едукацију укућана за спровођење мера неге. Резултати су задовољавајући а декубиталне промене су саниране код око 73% пацијената.

Закључак. Лечење декубитуса је дуготрајно. Изискује поред стручности, упорности, материјалних средстава одређени хигијенско дијететски режим, надзор од стране здравственог особља. Оваквим видом лечења постижу се добри резултати, јер је нега у кућним условима боља него у болницама а и лечење је далеко јефтиније. Мултидисциплинарни приступ и сарадња секундарне и примарне здравствене заштите су кључ успеха.

Кључне речи: декубитус, лечење, кућна нега, сарадња

Литература

1. Triller C. *Dekubitus - klasifikacije, ljestvice, problemi*. Acta medica Croatica, 2008; Vol. 62.

25. МЕТАДОНСКИ ПРОГРАМ - УЛОГА ИЗАБРАНОГ ЛЕКАРА

Живанка Тачић

Дом здравља "Суботица", Суботица, Србија

Циљ рада. Указати на важну улогу изабраног лекара у дуготрајном лечењу зависника метадонском супституционом терапијом у региону где не постоји метадонски центар за лечење зависника.

Материјал и метод. Материјал - здравствени картон. Метод - дескриптивни приказ случаја.

Резултати. Пацијент С.М. 35 година мушког пола, разведен, отац двогодишњег детета. Бивша жена зависник од опијата. Живи са родитељима. На супституционој метадонској терапији је од фебруара 2010. године до данас. Родитељи су сарадници у терапији и главна подршка болеснику заједно са изабраним лекаром и надлежним психијатром, јер у Суботици нема метадонског центра. Лоши породични односи са оцем од самог почетка терапије након годину дана су се поправили и сада су у нормализовани. Пацијент сваке недеље долази код изабраног лекара по метадон. И у ове непуне две године сарадње успостављен је однос са доста поверења, разумевања и подршке, те смо успешно пребродили неколико животних "криза": развод, проблеми лечења Ц хепатитиса, болести детета, лош однос са оцем. Током метадонске терапије, успешно завршава лечење антивирусне терапије на Инфективној клиници у Новом Саду. Сада је психички стабилан, одгаја своје дете уз помоћ родитеља, редовно се контролише код психијатра, долази по метадон и подршку код свог изабраног лекара, покушава да пронађе стално запослење, одржава дистанцу од зависничког окружења.

Закључак. У регионима земље где нису формиран тзв. метадонски центри, показује се од изузетне важности место и улога изабраног лекара у успешном спровођењу супституционе метадонске терапије до потпуног опоравка и рехабилитације зависника. Континуирана подршка, однос поверења и стрпљења кроз формирање доброг терапијског односа се у дуготрајном лечењу зависника показују као важан фактор у исходу лечења.

Кључне речи: изабрани лекар, супституциона метадонска терапија, добар терапијски однос

26. ПРОФЕСИОНАЛНА ОРИЈЕНТАЦИЈА КАО ПРВИ КОРАК У ИЗБОРУ ЗАНИМАЊА

Верица Михајловић, Ана Гардашевић
Дом здравља "Др Б. Вребалов", Зрењанин, Србија

Увод. Професионална оријентација је сложен поступак који има за циљ да на основу психофизичких способности и особина личности усмери кандидата и олакша му избор будућег занимања.

Циљ рада. Приказати најчешће проблеме који могу бити ограничавајући фактор приликом прве фазе у избору занимања (упис у средњу школу).

Метод. Анализирани су резултати прегледа деце при упису у средњу школу у 2011. години. Преглед је обавио тим састављен од педијатра, офталмолога, неуропсихијатра и специјалисте медицине рада. Акценат је стављен на одређена стања и болести које би биле контраиндикација за поједина занимања, а према критеријумима Конкурса за упис у средње школе Министарства просвете и науке Србије.

Резултати. Прегледано је 1.586 ученика, 783 дечака и 803 девојчице. Деце из сеоских школа је било 787, а из градских 799; 1.151 (72,57%) дете је без ограничења, а код 427 (26,92%) је евидентирано 629 фактора ограничења. Најчешћа оштећења су офталмолошка (377). Код 227 деце потребна је корекција вида, 36 немају нормалан колорни вид, њих 110 нема стереоскопски вид, а 3 ученика су слабовиди. Евидентирано је присуство алергијских манифестација код 168 ученика и поремећај у функцији респираторног система код 43 ученика. Остали фактори ограничења су присутни у мањем броју. Поређењем ограничавајућих фактора нису нађене значајне разлике у односу на место пребивалишта (село-град).

Закључак. Код 26,92% прегледане деце евидентирани су фактори који могу ограничавајуће утицати при избору занимања. Уочено је да је стање вида најчешћи ограничавајући фактор, што указује на потребу детаљнијег очног прегледа у основној школи. Алергије су на другом месту по учесталости, што се може тумачити повећаним бројем алергена у животној средини.

Кључне речи: професионална оријентација, упис у средњу школу, систематски прегледи, ограничавајући фактори.

Литература

1. Ланчић Ф. и сар. *Скрб о кронично болесном адолесценту с освртом на школску и професионалну оријентацију*. Паедијатр Цроат 2010;54 (Супл 1):65-72.
2. Ланчић Ф, Мајски-Цесарец С, Мусил В. *Школско и професионално усмјеравање ученика с кроничним болестима и другим поремећајима здравља*. *Arh Hig Rada Toksikol* 2010; 61:323-332.
3. Кораћ И. *Професионална оријентација ученика – између теорије и праксе*. Педагогија 2011;66(3):395-401.
4. Lacina J. Allergies. In *School: A Review of Research*. Childhood Education, Summer 2010;86(4):264-266.

27. ЗНАЧАЈ ПЕРИОДИЧНИХ ПРЕГЛЕДА У ПРЕВЕНЦИЈИ КОМПЛИКАЦИЈА ДИЈАБЕТЕСА - ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

Ана Гардашевић, Верица Михајловић
Дом здравља "Др Б. Вребалов", Зрењанин Србија

Увод. Дијабетес спада у најчешће хроничне незаразне болести. Често не даје манифестне симптоме, па пацијенти тешко прихватају потребу за превенцијом и лечењем.

Циљ рада. Приказати значај сарадње пацијента и лекара у очувању здравља и радне способности.

Метод. Обрађени су подаци из здравственог картона медицине рада са редовних периодичних прегледа у периоду од 1999. до 2012. године.

Резултати. Пацијент, мушкарац, стар 45 година, има 25 година радног стажа, ради као руковалац грађевинске механизације. Вредности шећера у крви варирају му до 2010. године када је верификована шећерна болест. У том периоду нотирани су и фактори ризика: хипертензија, гојазност, хиперлипидемија и пушење. На периодичним прегледима саветован му је хигијенско-дијететски режим који би смањιο или отклонио факторе ризика. Добром сарадњом лекара и пацијента дошло је до смањења телесне масе, регулације тензије и нивоа шећера. Године 2010. пацијент се враћа старим навикама, што доводи до поновног повећања телесне масе и шећера у крви, те се уводи терапија коју није редовно користио. Заказују се чешћи периодични прегледи, али се пацијент не придржава савета, па је шећерна болест лоше регулисана и 2012. године се региструје прва компликација – полинеуропатија.

Закључак. Шећерна болест је била добро контролисана док се пацијент придржавао препоручених мера превенције, а враћањем старих навика болест се погоршава и настају компликације.

Кључне речи: дијабетес, превенција, фактори ризика, компликације

Литература

1. Selby M. *Prevention of complications of diabetes Oral therapies for T2D*. Practice NURSE; 2012;42(5):14-18.
2. Moore S. et al. *Can the onset of type 2 diabetes be delayed by a group-based lifestyle intervention?* A randomised control trial. Psychology & Health, 2011;26(4):485-499.
3. Korkiakangas E. et al. *Motivators and barriers to exercise among adults with a high risk of type 2 diabetes – a qualitative study*. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2011;25(1):62-69.
4. American Diabetes Association. *Standards of medical care of diabetes 2*. Testing for pre-diabetes and diabetes in asymptomatic patients. Diabetes Care, 2008;31 (Suppl.1):S13-14.
5. Jallinoja P. et al. *Repertoires of lifestyle change and self-responsibility among participants in an intervention to prevent type 2 diabetes*. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2008;22(3):455-462.

28. THE ROLE AND IMPORTANCE OF HEALTH EDUCATION IN PREVENTION OF ALCOHOLISM

Nevenka Veličkova, Vesna Bekčeva, Tatjana Ruskovska, Gordana Kamčeva
Faculty of medical science "Goce Delcev", Štip, R. Makedonia

Introduction. The alcoholism is not just an individual problem, it's also a difficult social problem. That's why the World Health Organization has placed him on the top of their priorities, especially the health education in prevention of alcoholism in young population. Every day, the number of young people, who drink alcohol, increases. Also the amount of alcohol consumed increases, so there are a lot of alcoholic cases and cases of substance dependence. According to the international estimates, the presence of alcohol in relevance to the whole population, ranges between 2-3%. By her presence in the world, the alcoholism is declared as a « third disease » and it's immediately after the heart and cancer diseases.

Objective. To represent how the abuse of alcohol is reflecting not only to the alcoholic, but also to his family and his close environment. In fact there is no part of human life that isn't affected by this issue.

Material and methods. We involve special programs and therapy to 15 alcoholics (women and mens) who live in Negotino and Kavadarci (R. Macedonia). In the same town existed Alcoholic Addiction Treatment Club.

Conclusion. The role and importance of Alcoholic Addiction Treatment Club is to help to the alcoholics in the abstinence, preventing relapses, resettlement and rehabilitation for treated alcoholics. The most common diseases of alcoholics are alcoholic psychosis, liver cirrhosis, neurological and digestive disorders, cardiovascular diseases etc.

Key words: alcoholic, substance dependence, prevention, abstinence

Literatura

1. Jovev J. *Bolesti na zavisnost*. Skopje, 2002.

29. DA ŠTO ZDRAVIJI DOČEKAМО STOTU

Љиљана Лазих*, Јосиф Муста, Ана Крду, Небојша Дрљевић, Ивана Каначки

*Завод за јавно здравље, Панчево, Србија

Дом здравља Планиште, Србија

Увод. Добро здравље током живота помаже старијим особама да воде продуктиван живот у старости и да буду подршка својим породицама и заједници. Рано откривање болести и њихова редовна контрола и адекватна терапија повећавају квалитет живота и продужавају животни век старима.

Циљ рада. Анализа здравственог стања становника старијих од 65 година, контрола и рано откривање болести на основу повећања доступности здравствене заштите путем мобилних екипа на територији општине Планиште.

Метод. Анализа извештаја о раду мобилних екипа Дома здравља Планиште у оквиру *DILS* пројекта. Компаративна анализа података из 2010. и 2011. године о коришћењу здравствене заштите становника старијих од 65 година у општини Планиште.

Резултати. При првом прегледу у оквиру *DILS* пројекта обухваћено је 440 особа старијих од 65 година у насељеним местима општине Планиште. Добијени позитивни резултати шећера у крви - 91 особа, холестерол и триглицериди - 139 особа, *ТА* - 87 особа, аритмије 49 особа. Дата терапија и хигијенско-дијететски савети. Контролни прегледи обављени после два месеца. При контролном прегледу прегледано 440 особа. Позитивни резултати: шећер у крви - 24 особе, холестерол и триглицериди - 50 особа, *ТА* - 29 особа, аритмије 48 особа.

Према анализираним подацима, повећање обухвата становништво старије од 65 година на нивоу целе општине за око 10%, док је у насељеним местима обухваћеним пројектом повећање за 30%. У току оваквог начина рада повећан је број новооткривених масовних незаразних болести за 10%, највише оболелих од дијабетеса и кардиоваскуларних болести.

Закључак. Повећањем доступности здравствене заштите становницима старијим од 65 година повећава се могућност откривања незаразних болести. Редовном контролом и адекватном терапијом, уз одговарајући режим живота, смањује се ризик од компликација и подиже се квалитет живота становницима старијим од 65 година. Доступност здравствене заштите подићи на виши ниво организовањем теренских или мобилних екипа, које ће континуирано обилазити становнике старије од 65 година.

Кључне речи: старост, доступност здравствене заштите, незаразне болести, фактори ризика

Литература

1. Ласт ЈМ. *Речник јавног здравља* (уредник превода Радовановић З.), Београд јануар 2009.
2. Јаковљевић Ђ, Грујић В, Мартинов-Цвејин М, Легетић Б. *Социјална медицина*. Нови Сад, 2009.
3. Gligorov I, Donev D. *Foundations of health Education*. Health promotion and disease Prevention. Skoplje, 2007.
4. WHO. *Implementation of global strategy for health for all by the years 2000*. Geneva, 1993.
5. WHO. *Health for all in the twenty-first century*. Geneva 1998. Available from URL (www.who.ch)

30. ПОВЕЋАЊЕ ДОСТУПНОСТИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ПАЦИЈЕНТИМА СТАРИЈИМ ОД 65 ГОДИНА

Љиљана Лазих, Споменка Марков, Јасмина Павловић-Стојановић
Завод за јавно здравље, Панчево, Србија

Увод. Старење становништва представља једну од највећих друштвених трансформација. Негативни природни прираштај доводи до неминовног старења нације. Показатељи очекиваних година живота су у порасту, што говори о већој јавноздравственој бризи за здравље старијег становништва. Старији људи су по правилу осетљиви, слабијег здравственог стања са повећаном потребом за коришћењем здравствене заштите.

Циљ рада. Анализа доступности здравственој заштити становника старијих од 65 година у општини Пландиште, пре и после увођења теренских екипа за кућне посете. Анализа оправданости оваквог начина рада и сагледавање могућности за такав континуирани рад.

Метод. Компаративна анализа извештаја о раду Службе опште медицине Дома здравља Пландиште за 2010. и 2011. годину. Анализа коришћења здравствене заштите становника старијих од 65 година за 2010. годину. Анализа истих извештаја за 2011. годину, уз извештаје теренских екипа за кућне посете становницима старијим од 65 година живота. У оквиру *DILS* програма ради повећања доступности здравствене заштите становницима старијим од 65 година, у 2011. години организоване су три теренске екипе. Обухваћено је 440 становника старијих од 65 година из најудаљенијих насељених места општине Пландиште.

Резултати. Анализа доступности здравствене заштите становника старијих од 65 година пре и после увођења теренских екипа за кућне посете дала је следеће резултате. Укупан број прегледа становника старијих од 65 година повећан је за 7% у односу на 2010. годину, док је у обухваћеним насељеним местима повећан за 50%. Коришћење здравствене заштите је повећано за 6% за становнике старије од 65 година на територији целе општине, а у насељеним местима у Пројекту за 30%. Број првих прегледа становника старијих од 65 година је повећан за око 30%, а становника у насељеним местима обухваћеним Пројектом за 44%.

Закључак. Повећање доступности здравствене заштите становништву старијем од 65 година живота увођењем теренских екипа за кућне посете, јесте јако добар вид организације примарне здравствене заштите. Таквим посетама откривају се у раној фази масовне незаразне болести, а здравствено стање становника се држи под контролом, што је императив за бољи квалитет живота старих.

Кључне речи: старост, доступност здравствене заштите, незаразне болести, фактори ризика

Литература

1. Цуцић В. и сар. *Социјална медицина*. Савремена администрација. Београд, 2000.
2. WHO. *Implementation of global strategy for health for all by the year 2000*. Geneva, 1993.

31. РАНО ОТКРИВАЊЕ ХИПЕРТЕНЗИЈЕ КОД РАДНИКА ИЗЛОЖЕНИХ БУЦИ

Весна Вељовић, Лела Митић, Ивана Илић, Снежана Глигоријевић,
Сања Ђурковић***

Завод за здравствену заштиту радника, Ниш, Србија

*Институт за јавно здравље, Ниш, Србија

**Клиника за ендокринологију, Ниш, Србија

Циљ рада. Сагледавање значаја превентивних прегледа у раном откривању хипертензије код радника изложених буци.

Метод. Испитивање здравственог стања запослених у производном погону фабрике у бучној средини, које је обављено у оквиру систематских прегледа. Групу испитаника експонираних буци (300) и контролну групу (50) чинили су запослени административни радници. Радници из експониране групе професионално су изложени континуираној буци различитог интензитета од 75 до 105 dB, а радници контролне буке никада нису у свом радном веку радили у бучној средини. Елементи испитивања здравственог стања радника су: анамнестички подаци, субјективне сметње, клинички преглед специјалисте за медицину рада (општи клинички преглед), лабораторијске анализе (стандард и биохемијске анализе: холестерол, триглицериди, глукоза) и ЕКГ.

Резултати. Са повећаним крвним притиском у контролној групи је 5.71% а у експонираној групи је 26,00% радника у односу на укупан број прегледаних радника. Истраживањем је утврђено да поређењем броја радника са повећаним крвним притиском контролне групе и експониране групе са оштећењем слушног живца нема статистички значајне разлике. Поређењем броја радника са повећаним крвним притиском контролне групе и експониране групе без оштећења слушног живца запажа се статистички значајна разлика.

Закључак. Испитивањем радне средине потврђен је повишен ниво буке која је стресор за организам и може довести до обољења или утицати на ток болести. Повишеним крвним притиском је реаговао велики број људи који раде у буци, а и ван ње. Оштећење слушног живца се није јавило као први проблем код радника експонованих буци, већ је то била хипертензија, те стога не постоји статистичка значајност код обе групе са оштећењем слушног живца. Значај је и што смо добили новооткривене пацијенте са хипертензијом, болеснима је коригована терапија и упућени су на даље лечење.

Кључне речи: бука, хипертензија

Литература

1. Вељовић В. *Здравствени индикатори професионалног ризика радника експонираних буци*. Магистарски рад. Ниш, 2010.
2. Јовановић Ј, Поповић В, Јовановић М, Николић И, Поповић А. *Значај примене личних заштитних средстава у превенцији неких екстрааудитивних ефеката индустријске буке*. Заштита радника на раду 1992;5-6:37-41.
3. Јовановић Ј. Штетна дејства индустријске буке и могућности превенције. *Acta medica medianae* 1999;2:13-8.
4. Илић С, Дељанин Илић М. *Третман артеријске хипертензије*. *Acta fakultatis medicae naissensis* 2004;21(2):59-63.
5. Видаковић А. и сар. *Основи медицине рада*. CIBIF, Београд, 1998.

32. ФАКТОРИ РИЗИКА И ХРОНИЧНЕ НЕЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ

Драгана Босић-Живановић, Милка Маринковић, Војислав Савић,
Снежана Антић, Татјана Маричић, Александра Пауновић, Борис Бранковић
Дом здравља "Рума", Рума, Србија

Увод. Фактори ризика су одређена обољења, патолошка стања, особине или навике, који доводе или погодују настанку одређене болести и њених компликација. Бројна испитивања су потврдила повезаност фактора ризика (хипертензија, хиперлиппротеинемија, пушење, смањена физичка активност, гојазност, дијабетес мелитус) са настанком хроничних незаразних болести.

Циљ рада. Утврдити учесталост водећих фактора ризика код оболелих од хроничних незаразних болести и повезаност водећих фактора ризика са тим обољењима.

Метод. Истраживање је рађено као студија пресека, у трајању од 10 дана током априла 2012. године у Дому здравља "Рума". Укључене су особе оба пола, старије од 18 година, подељене у две групе од по 60 испитаника. Група I - оболели од хроничних незаразних болести и Група II - здрави испитаници. Као мерни инструмент употребљаван је анкетни упитник. У статистичкој анализи је употребљаван χ^2 квадрат тест.

Резултати. Од укупног броја испитаника, у Групи I је било 38 (63,3%) жена и 22 (36,7%) мушкарца, просечне старости 63 године. У Групи II - 40 (66,6%) жена и 20 (33,4%) мушкараца, просечне старости 51 година. Од хроничних незаразних болести на првом месту по учесталости су кардиоваскуларне болести код 50 (83,3%), хроничне мускулоскелетне болести 24 (40%), дијабетес код 22 (36,6%), опструктивне болести плућа код 8 (13,3%), малигне неоплазме код 1 (1,7%). Артеријска хипертензија је присутна само у Групи I код 49 (81,7%), као и хиперхолестеролемија код 26 (43,3%), алкохол конзумира 5 (8,3%). У Групи II алкохол конзумира 3 (5%) испитаника. Не постоји статистички значајна разлика по учесталости пушења међу групама ($\chi^2=1,7$; $p>0,05$). Прекомерна телесна маса и гојазност је више заступљена у Групи I ($\chi^2=23,8$; $p<0,01$). Неправилна исхрана је присутна код 48 (80%) у Групи I, а код 14 (23%) здравих испитаника ($\chi^2=38,53$; $p<0,01$). Нижи степен физичке активности је у Групи I ($\chi^2=25,5$; $p<0,01$). Испитаници у Групи I имали су удруженост 2 или више фактора ризика, а у Групи II присутни су код 15 (25%) испитаника. Постоји статистички значајна позитивна веза између фактора ризика и појаве хроничних незаразних болести ($\chi^2=54,85$; $p<0,01$).

Закључак. Резултати су потврдили већу учесталост фактора ризика код оболелих од хроничних незаразних болести и повезаност фактора ризика са настанком обољења.

Кључне речи: фактори ризика, хроничне незаразне болести

Литература

1. Longo GZ, das Neves J, de Castro TG, Pedroso MR, Matos IB. *Prevalence and distribution of risk factors for non-communicable chronic diseases among adults from Lages city, south of Brazil*, 2007. Rev Bras Epidemiol. 2011;14(4):698-708.
2. Bakhru A, Erlinger TP. *Smoking cessation and cardiovascular disease risk factors: results from the Third national health and nutrition examination survey*. Plos Med 2005;2(6):528-36.
3. Brown A, Siahpush M. *Risk factors for overweight and obesity: results from the 2001 National Health Survey*. Public Health 2007; 121(8): 603-13
4. Лапчевић М, Вуковић М. *Фактори ризика за хронична незаразна обољења: дванаестонедељна проспективна студија*. Српски архив за целокупно лекарство, 2004;132(11-12):414-20.

5. Demaio AR, Dugee O, Amgalan G, Maximenco E, Munkhtaivan A, Graeser S, et al. *Protocol for a national, mixed-methods knowledge, attitudes and practices survey on non-communicable diseases*. BMC Public Health. 2011;30(11):961.

33. НЕУРОФИЗИОЛОШКИ ПАРАМЕТРИ И РЕЛАЦИЈА ПАЦИЈЕНТ-ЛЕКАР У ГЕРИЈАТРИЈСКОЈ ПОПУЛАЦИЈИ

Сунчица Станков

Дом здравља "Нови Сад", Нови Сад, Србија

Увод. Све је већа заступљеност артеријске хипертензије у геријатријској популацији. Начин на који се особе односе према болести и посетама лекару показују различите студије, при чему је утврђена корелација ових параметара и психолошких варијабли као што су процена сопствених способности, оптимизам, емоционална стабилност и типови личности.

Циљ рада. Утврдити корелацију типа личности и нивоа самопоуздања у геријатријској популацији са личном проценом о значају савета лекара и потреби за посетама лекару.

Метод. Трансверзалном студијом обухваћено је 30 жена и 30 мушкараца старијих од 65 година са артеријском хипертензијом. Фактори за искључивање су били *Parkinson*-ова и *Alzheimer*-ова болест. Испитаници су одговорили на стандардни *Eysenck*-ов упитник, упитник скале процене сопствених способности и упитник који је формирао аутор. Коришћени су статистички методи: аритметичка средина, стандардна девијација, студентов *t*-тест и χ^2 -тест. Резултати су приказани табеларно и графички.

Резултати. Утицај типа личности на потребу за редовним посетама лекару ради контроле артеријске хипертензије уочава се искључиво код укупног броја екстровејних пацијената, док тип личности и ниво самопоуздања у појединачним групама и између група не утиче на потребу за одласком код лекара. Да је поверење у лекара и стално саветовање са лекаром важније од искључивог прописивања рецепата сматрају екстровејне и стабилне особе код укупног броја анкетираних особа, као и екстровејни мушкарци, док се у групи жена не уочава оваква корелација. Овакав став код укупног броја пацијената имају особе и са мањим и са већим нивоом самопоуздања, док се унутар група и између полова не уочава утицај нивоа самопоуздања на став о значају улоге лекара. Улога лекара у саветовању пацијената ради исправљања погрешних навика је значајнија у односу на искључиво прописивање рецепата, што представља мишљење укупног броја анкетираних пацијената, и овакав став целокупног броја анкетираних имају екстровејне, неуротичне и стабилне особе, екстровејни мушкарци, као и особе са мањим и са већим нивоом самопоуздања код укупног броја особа. Унутар и између анкетираних група не уочава се разлика у ставовима.

Закључак. Код особа старијег животног доба постоји значајна корелација испитаних неурофизиолошких параметара са личном проценом о значају савета лекара и потреби за посетама лекару.

Кључне речи: неурофизиолошки параметри, артеријска хипертензија, геријатријска популација

Литература

1. Aguado A, Lopez F, Miravet S, Oriol P, Fuentes MI, Henares B, Badia T, Esteve L, Peligro J. *Hypertension in the very old; prevalence, awareness, treatment and control: a cross-sectional population-based study in Spanish municipality.* BMC Geriatrics 2009;9:16.
2. Hernandez SO, Parga MXF, Aznar CM. *Illness Behavior: Prediction by Symptoms, the Grossarth-Maticek and Eysenck Personality Types, Neuroticism, Life Events, Coping, Health Locus of Control, Social Support, and Attribution Style.* Span J Psychol 2007;2:388-398.
3. Malyszczak K, Pyszel A, Szuba A. *Neuroticism in patients with essential hypertension.* Post Psychiatr Neurol 2007;16:49-52.

4. Leary MR, Hoyle RH. *Handbook of individual differences in social behavior*. The Guilford Press, New York, 2009.
5. Luszczynska A, Gutierrez-Dona B, Schwarzer R. *General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries*. Int J Psychol, 2005;40:80-89.

34. МЕШОВИТА БОЛЕСТ ВЕЗИВНОГ ТКИВА - ЛУТАЊЕМ ДО ДИЈАГНОЗЕ

Тамара Роквић, Жељко Роквић*, Марија Мандић

Дом здравља "Суботица", Суботица, Србија

*Општа болница "Суботица", Суботица, Србија

Увод. Мешовита болест везивног ткива (*MCTD*) је системско обољење везивног ткива непознате етиологије, у којој се јавља комбинација клиничких симптома лупус еритематосуса, склеродермије, полимиозитиса и реуматоидног артритиса, праћених високим титром аутоантитела на нуклеарни *VI-RNP* антиген. Болест је дефинисао *Sharp*, давне 1972. године, а чешћа је код жена у репродуктивном периоду.

Циљ рада. Приказом случаја указати на значај правовременог постављања дијагнозе.

Метод. Приказ случаја

Приказ случаја. Пацијенткиња старе 58 година се јавља на преглед октобра 2011. године због малаксалости, повишене температуре, кашља, лаког замарања, те отежаног дисања. Пушач дуже од 20 година, лечи се од улцерозног колитиса 30 година. Физикалним прегледом уочавају се цијанотичне усне и *Raynaud*-ов феномен. Остали налази су уредни. Пацијенткиња је послата пулмологу, а након дугог испитивања, које је трајало два месеца, током којег је прегледана и од стране гастроентеролога, кардиолога и реуматолога, хоспитализована је на Интерном одељењу Опште болнице у Суботици децембра 2011. године. Извршена је лабораторијска дијагностика, хемокултура, биограм спутума, уринокултура, *RTG* плућа и срца, *RTG* абдомена, ехокардиографија, *СТ* торакса, доплер сонографија вена доњих екстремитета, гастроскопија, колоноскопија, ултразвук горњег и доњег абдомена. Резултати су били позитиван *Coombs*-ов тест и *ANA* титар, висок *CPK*, *LDH*, *AST* и *ALT*, благо снижена *C3* компонента комплемента, плућна хипертензија и хепатоспленомегалија. Због перзистирања тегоба, мршављења и изражене мишићне слабости у пределу натколеница, као нејасан случај, пацијенткиња је упућена у Клинику за имунологију Клиничког центра Војводине. Извршена су релевантна испитивања и сагледан целокупни ток болести, након чега је постављена дијагноза мешовите болести везивног ткива, на основу присуства критеријума по *Sharp*-у и *Alarcon-Segovia* (склеродактилија, миозитис, пулмоналне манифестације, *Raynaud*-ов феномен, позитивна тачкаста антинуклеарна антитела, леукопенија и тромбоцитопенија). Током хоспитализације започета је терапија кортикостероидима, салазопирином, а с обзиром на појаву проливастих столица, изазваних *Clostridium difficile* токсином и присуством *E.colli* у спутуму, одложено је започињање терапије плћне фиброзе циклофосфамидским пулсевима.

Закључак. Дијагноза и класификација системских болести везивног ткива није увек лака, јер се велики број истих симптома болести јавља у више различитих обољења. Због тога се дијагностички критеријуми заснивају на комбинацији клиничких манифестација болести и лабораторијских резултата, првенствено имунолошких тестова. Прогноза болести је добра, десетогодишње преживљавање је око 80%.

Кључне речи: мешовита, болест везивног ткива, аутоимуно, обољење

42. ЗБРИЊАВАЊЕ ОПЕКОТИНА НА ТЕРЕНУ – ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

Гордана Тодоровић

Градски завод за хитну медицинску помоћ, Београд, Србија

Увод. Опекотинске повреде нису најчешће заступљене повреде у раду СХП на терену, али су специфичне по начину збрињавања и често необичне по механизму повређивања.

Приказ случаја. У диспечерском центру ГЗЗХМП-Београд примљен је позив означен као опеченост женске особе старе око 24 године. Екипа је упућена у стационар психијатријске болнице. Затиче пацијенткињу у болничком кревету, ван дејства отвореног пламена, али са евидентним опекотинама тела. Из хетероанамнестичких података присутног медицинског особља сазнаје се да се ради о суицидалној пацијенткињи, која се повредила тако што је запалила одећу коју је имала на себи. Иницијалним прегледом установљено је да је пацијенткиња свесна, оријентисана, комуникативна (*GKS-15*), проходног дисајног пута, спонтаног дисања, *rf-15/min*. палпабилног, добро пуњеног пулса над *a.radialis*, *f-80/min*. Даљим брзим траума прегледом детектоване су опекотине грудног коша, трбуха, екстремитета и шака, без опечености лица и обрва. Код пацијенткиње није било инхалационих повреда, а по механизму повређивања искључена је и придружена траума. У објективном статусу уредан налаз на срцу и плућима, без неуролошког испада. По искључењу виталне угрожености, процењена је заступљеност опекотина од I-III степена, укупне површине опечености око 38%. У даљем збрињавању примењено је краткотрајно расхлађивање опекотина водом. Опекотинске ране су затим прекривене стерилним газима. Отворена је венска линија и започета инфузиона терапија Рингер - лактатом 500 ml. У циљу аналгезије дат је *Morphium – chlorid 5 mg/i.v.* Опечена је затим прекривена сувим чаршавом и са елевираним доњим екстремитетима уз оксигенотерапију, транспортована у Клинику за опекотине и пластичну хирургију.

Дискусија. Опекотине изазивају локалне и системске реакције организма. При третирању опечених, приоритет је збрињавање стања која доводе до раног леталног исхода на самом месту несреће.

Закључак. Пажљив и систематичан приступ унесрећенима са опекотинама, уз поштовање протокола ургентног збрињавања трауматизованих, омогућава адекватну помоћ витално угроженим, али и стручно и специфично третирање опекотинских рана ради спречавања прогресије оштећења.

Кључне речи: опекотина, траума преглед, СХП.

43. УЧЕСТАЛОСТ ХРОНИЧНИХ МАСОВНИХ ОБОЉЕЊА ПО ПОЛУ И ГОДИНАМА

*Бранка Малетић, Светлана Кнежевић, Раде Милутиновић,
Миливоје Хаџи-Здравковић
Дом здравља "Богатић", Богатић, Србија*

Увод. Истраживања Светске здравствене организације указују на то да у савременом свету, као и код нас, хронична масовна незаразна обољења (ХМНО) све више попримају карактер епидемије. На њихову учесталост утичу многобројни фактори ризика, генетска оптерећеност, као и фактори спољне средине. На поједине факторе не можемо утицати, а то су: пол, добна старост и генетско оптерећење.

Циљ рада. Утврђивање учесталости ХМНО у односу на пол и године живота.

Метод. Методом случајног избора анализирани су подаци из здравствених картона Дома здравља Богатић.

Резултати. Истраживањем је обухваћено 468 особа старости од 21 до 80 год, 262 жене и 206 (44,02%) мушкараца. Приказ морбидитета по полу указује да хипертензија доминира по броју случајева: 20,68% код мушкараца, 22,16% код жена; затим следе: болести костомишићног система: 15,13% мушкарци, 15,69% жене; дислипидемије: 10,21% мушкарци, 12,14% жене; болести уринарног тракта: 10,17% мушкарци, 11,32% жене; ангина пекторис: 9,01% мушкарци, 8,7% жене; дигестивне болести: 8,41% мушкарци, 7,07% жене; дијабетес мелитус: 7,42% мушкарци, 7,27% жене; хронична опструктивна болест плућа (ХОБП): 6,43% мушкарци, 5,31% жене; стање после инфаркта срца: 4,54% мушкарци, 4,01% жене; цереброваскуларни инсулт (ЦВИ): 4,54% мушкарци, 2,35% жене; малигне болести: 2,47% мушкарци, 2,83% жене; болести штитасте жлезде: 0,99% мушкарци, 1,15% жене. У односу на године живота, највећи број оболелих, без обзира на пол, старости је изнад 50 година.

Закључак. Учесталост ХМНО расте са старашћу. На факторе ризика, као што су године живота и наслеђе не можемо утицати, али можемо утицати на одређена стања (нпр. хиперлипидемија), као и на одређене штетне навике. Превенција обухвата: здрав начин живота, редовне контроле и едукацију оболелих, што представља пример активне здравствене заштите.

Кључне речи: ХМНО, пол, године живота

Литература

1. Жигић Д, Акулов Д. *Фактори ризика и хронична незаразна обољења*. Катедра опште медицине Медицинског факултета Универзитета у Београду. Београд, 1998.
2. Кањух В, Остојић М, Бојић М. и сар. *Атеросклероза на прагу трећег миленијума*. У: Кардиологија, ДИП Београд, 2000.
3. Лапчевић М, Илић Д, Иванковић Д, Жигић Д. *Дијабетес мелитус у раду породичног лекара*. Српско лекарско друштво, Секција опште медицине, Београд, 1999.
4. Лалић Н. и сар. *Дијабетес мелитус*. Национални комитет за израду Водича клиничке праксе, Радна група за дијабетес. Београд, 2002.
5. Лепшановић Л. *Хиперлиппротеинемиче*. У: Клиничка кардиоваскуларна фармакологија. Интегра, Београд, 1997.

48. УПОТРЕБА БЕНЗОДИАЗЕПИНА У СТАРИЈОЈ ПОПУЛАЦИЈИ

Љубинка Калајџић-Богичевић, Ангелина Поповић
Дом здравља "Чачак", Чачак, Србија

Увод. Пре неколико месеци ступила је на снагу одлука о ограничавању przepisивања бензодиазепина.

Циљ рада. Утврђивање колико је и како је ово ограничење утицало на опште здравствено стање старијих пацијената.

Метод. У студију су укључени сви пацијенти који су у тренутку przepisивања терапије имали преко 65 година. Пацијенти су попуњавали упитник отвореног типа а питања су се односила на дужину и учесталост узимања лекова, као и на описивање здравственог стања. У студију је укључено 505 пацијената који се лече у амбулантама Слатина и Заблаће.

Резултати. Код 78% пацијената терапија је продужена од стране психијатра; 8% пацијената је добило антидепресиве (76% је реаговало лошом комплијансом и после 3-месечног узимања терапије); 73% је наставило да узима исте дозе лекова као и пре увођења "забране". Бензодиазепине чешће узимају жене, без обзира на ниво образовања и *BMI*, који имају више хроничних морбидитета. Психофармаке краће и у нижим дозама узимају они пацијенти који су се изјаснили као верници. У току поста њих 93% је изјавило да не узима терапију; 61% пацијената не узима свакодневно лекове; 87% је незадовољно "пооштравањем" критеријума за przepisивање лекова; 94% је изјавило да је дошло до погоршања здравственог стања; 67% је знало за нежељена дејства лекова.

Дискусија. Старију популацију не би требало слати код психијатра за одобравање ове групе лекова. Таква одлука довела је до непотребног "малтретирања" пацијената. Терапије су углавном остале исте, а тамо где су уведени антидепресиви дошло је до честих релапса и лоше комплијансе. Ови пацијенти су се вратили на стару терапију с тим што бензодиазепин добијају на "обичан" рецепт.

Закључак. Психофармаци су свакако лекови чију употребу треба контролисати. Али, пре било каквих промена треба размислити о начину како их спровести и како контролисати. То што их пацијенти не добијају на рецепт не значи да их и не употребљавају.

Литература

Gray SL. *Eggen Benzodiazepine use in older adults enrolled in a health maintenance organization.* American Journal of Geriatric Psychiatry 2003;11(5):568-576 .

Klap R, Unroe KT, Unützer J. *Caring for mental illness in the United States: A focus on older adults.* American Journal of Geriatric Psychiatry 2003;11(5):517-524.

Berlau DJ, Corrada MM, Peltz CB. *Disability in the oldest-old: Incidence and risk factors in the 90+ study.* American Journal of Geriatric Psychiatry 2012;20(2):159-168.

Rapoport MJ. *Do antidepressants improve recovery from neurologic illness?* American Journal of Geriatric Psychiatry 2011;19(12):985-988.

Frances RJ. *Geriatric addictions.* American Journal of Geriatric Psychiatry 2011;19 (8):681-684.

49. СИНДРОМ ИЗГАРАЊА У ОПШТОЈ МЕДИЦИНИ

Марија Мандић, Љиљана Миљачки, Бранко Миљачки*

Дом здравља "Суботица", Суботица, Србија

*Општа болница, Суботица, Србија

Увод. Синдром изгарања (сагоревања) или *Burn-out* синдром је стање менталне исцрпљености, која најчешће захвата особе у тзв. помажућим професијама, међу којима је и здравство, а као резултат фрустрације и стреса на послу. Најзначајније компоненте *Burn-out* синдрома су осећање емоционалне и физичке исцрпљености, измењен однос према болесницима (деперсонализованост) и смањено лично задовољство послом.

Циљ рада. Упознати нас, ризичну популацију, са појмом *Burn-out* синдрома и испитати његову заступљеност код лекара и сестара у амбулантама опште медицине.

Метод. Анонимне анкете са два стандардизована упитника: Упитник за самопроцену стреса (развијен у САД), и Упитник за одређивање нивоа синдрома изгарања (састављен по *Freudenberger*-овој скали изгарања), добровољно су попуњавали лекари и сестре у градским амбулантама Опште медицине ДЗ Суботица током марта 2012. године.

Резултати и дискусија. Само половина колега, њих 41 се одазвало анкетирању, што свакако указује да је *Burn-out* синдром код нас још увек табу тема и непознаница, те да вероватно постоји страх код запослених од последица самих резултата. Резултати Упитника за самопроцену нивоа стреса, који је развијен на темељу сазнања о основна четири фактора оптерећења (хроничан недостатак времена, претерана одговорност, мањак подршке и претерано очекивање од самог себе и своје околине), показују да *висок ниво стреса*, који нас може психички и физички исцрпсти, а самим тим довести до појаве синдрома изгарања на послу, постоји код 31 (75,6%) а не постоји код 24,4% испитаника. Овај резултат је приближан резултату Упитника за одређивање нивоа синдрома изгарања по коме 13 (31,7%), односно трећина испитаника нема знакове постојања овог синдрома. Први степен изгарања, тј. почетну начетост стресом, која се одликује појавом раздражљивости, анксиозности, несаницом, заборавношћу постоји код чак 22 (53,6%) испитаника и они се описују као кандидати за *Burn-out* синдром. Други степен изгарања који се описује као захваћеност синдромом изгарања, тј. реактивна компензација стреса са очувањем енергије уз појаву кашњења на посао, одлагање постојећих и нерадо прихватање нових послова, продужењем радних пауза, сталним умором, изолација постоји код 3 (7,3%) испитаника, док у трећем степену потпуне сагорелости на послу, односно фазе истрошености имамо такође 3 (7,3%) испитаника.

Закључак. Релативно велика заступљеност *Burn-out* синдрома од чак 15%, и постојање више од половине запослених као кандидата за њега, указује на забрињавајуће стање у нашој професији, а представља упозорење свима да су промене у организацији рада и оптерећености нужне уколико се ускоро не желимо сусрести са масовном појавом психофизичке сагорелости међу здравственим радницима у општој медицини.

Кључне речи: синдром изгарања, *Burn-out* синдром, општа медицина, здравствени радници.

Литература

1. Винђетић С, Јовановић А. и сар. *Професионални стрес код лекара опште праксе и психијатара - ниво психичког дистреса и ризика од Burn-out синдрома*. Војносанит Прегл 2010; 67(9):741-746.

2. Теранић Џ. Теранић Х. *Синдром изгарања на послу код здравствених радника (Burn-out syndrome)*. CANAMED 2011;р 91-95.
3. Кеча З, Момчилов Попин Т, Обрадовић Б, Павловић Д, Павловић С, Чемерлић Н, Анић, Панић Г, Драганић Н, Радовановић Н. *Синдром изгарања (Burn-out) код медицинског особља*. Стручна конференција Савеза здравствених радника Војводине. Тара 2003;Зборник: 3 М64.
4. Mazzi B, Ferlin D. *Sindrom sagorjelosti na poslu - naš profesionalni problem*. Preuzeto sa www.hdob.net.
5. Национална комисија за ментално здравље, Министарство здравља Републике Србије. *Национална стратегија у области менталног здравља и акциони план*. Београд, 2007.

51. ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА СТАРИХ - ДОСТУПНОСТ И ПРИСТУПАЧНОСТ

Милица Перуничих, Мајда Пејаковић
Дом здравља "Гроцка", Београд, Србија

Увод. Здравствена заштита представља све оно што једна држава или друштво (заједница) у целини, као и здравствене службе посебно чине да заштите и побољшају здравље свог становништва. Стара популација представља становништво старије од 65 год.

Циљ рада. Остварити доступност и приступачност здравствене заштите делу старе популације, који није у дужем периоду био здравствено збринут због немогућности одласка у Дом здравља.

Метод. Анализирани су резултати првих и поновних здравствених услуга у кућним условима, у периоду од фебруара 2011. до фебруара 2012. год. код старих особа на територији општине Гроцка, у склопу пројекта *DILS Додајмо живот годинама*. Пројекат су вршили здравствени тимови (координатор пројекта, службе кућних лечења, лекар, медицинка сестра, патронажна сестра, волонтер Црвеног крста).

Резултати. Узорак чини 300 особа оба пола, старости преко 65 год. Анализом добијених резултата установљено је да боља доступност и приступачност здравствених услуга у првим и поновним посетама резултира стабилизацијом здравственог стања старе популације. До побољшања здравственог стања дошло је код 190 (63,3%); боље контроле *ТА*, побољшања гликорегулације, регулације липидног статуса, смањења телесне тежине, бољег статуса периферне циркулације, боље контроле бола, превенције декубиталних рана. Рационална употреба лекова постигнута је код 120 (40%) старих, чиме је смањена учесталост актизације хроничних болести. Од почетка до краја пројекта преминуле су 42 (14%) особе.

Закључак. Пружањем здравствених услуга у кућним условима постигнута је приступачност и доступност здравствене заштите старој популацији, која је довела о побољшања њиховог здравственог, социјалног, друштвеног статуса, као и побољшању њиховог квалитета живота.

Кључне речи: здравствена заштита, стара популација, квалитет живота

Литература

1. World Health Organization. *Gender, Health and ageing*. Geneva: WHO, 2003.
2. Цуцић В. и сар. *Социјална медицина*. Савремена администрација, Београд, 2000.

53. УЧЕСТАЛОСТ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПОПУЛАЦИЈИ БОЛЕСНИКА СА ДИЈАБЕТЕСОМ ТИП 2

Душан Миљковић

Дом здравља "Варварин", Варварин, Србија

Увод. Коронарна болест је често присутна у болесника са дијабетесом, који имају 2-4 пута већи ризик за настанак коронарне болести у односу на болеснике без дијабетеса. Процењује се да је учесталост исхемијске болести срца код болесника са дијабетесом тип 2 од 10% до 20%. Учесталост дијабетеса у болесника са инфарктом миокарда са *ST* елевацијом је 36%, а без *ST* елевације 26%. Учесталост инфаркта миокарда код новооболелих од дијабетеса тип 2 је 4,6%.

Циљ рада. Испитати учесталост инфаркта миокарда у популацији болесника са дијабетесом тип 2.

Метод. Ретроспективним испитивањем је обухваћено 1.200 болесника са дијабетесом мелитусом тип 2, који су лечени у интернистичко-кардиолошкој амбуланти у периоду од 1.1. 2010 – 31.12.2011. године, 506 (42,2%) мушкараца и 694 (57,8%) жене. Контролну групу је чинило 1.246 консекутивних пацијената без дијабетеса, 550 (44,1%) мушкараца и 696 (55,9%) жена. Није било значајне разлике у учесталости полова ($\chi^2=0,96$; $p>0,05$).

Резултати. Просечна старост болесника са дијабетесом је $64,9 \pm 10,4$ године, а болесника без дијабетеса $66,9 \pm 13,0$ година. Испитаници контролне групе, без дијабетеса, су били старији ($t=4,3$; $p<0,001$). На инсулинској терапији је било укупно 292/1.200 (24,3%) болесника. Инфаркт миокарда су имала 115/1.200 (9,6%) болесника са дијабетесом и 50/1.246 (4,0%) болесника без дијабетеса ($\chi^2=35,39$; $p<0,001$). Од 506 болесника, мушкараца, са дијабетесом, инфаркт миокарда су имала 70/506 (13,8%), а од 694 жене, са дијабетесом, 45/694 (6,5%) ($\chi^2=15,56$; $p<0,001$). Од 550 болесника, мушкараца без дијабетеса, инфаркт миокарда су имала 39/550 (7,1%), а од 696 жена, без дијабетеса, 11/696 (1,6%) ($\chi^2=34,65$; $p<0,001$). Постоји статистички значајно већа учесталост инфаркта миокарда у мушкараца са дијабетесом (13,8%) у односу на мушкарце без дијабетеса (7,1%) ($\chi^2=13,9$; $p<0,001$). Постоји статистички значајно већа учесталост инфаркта миокарда у жена са дијабетесом (6,5%) у односу на жене без дијабетеса (1,6%) ($\chi^2=33,7$; $p<0,001$). Болесници са дијабетесом имају 2,4 пута већу учесталост инфаркта миокарда од болесника без дијабетеса, мушкарци са дијабетесом 2,1 пут, а жене 4,1 пут већу учесталост.

Закључак. Учесталост инфаркта миокарда у популацији болесника са дијабетесом је 9,6%, а у популацији болесника без дијабетеса 4,0%. Значајно већа учесталост инфаркта миокарда у болесника са дијабетесом у односу на болеснике без дијабетеса указује да је дијабетес мелитус значајан фактор ризика за настанак инфаркта миокарда. Болесници мушког пола, са и без дијабетеса, имају значајно већу учесталост инфаркта у односу на жене, што показује да је осим дијабетеса и мушки пол значајан предиктор повећаног оболевања од инфаркта миокарда.

Кључне речи: дијабетес мелитус, инфаркт миокарда

Литература

1. Baliga V, Sapsford R. *Diabetes mellitus and heart failure - an overview of epidemiology and management*. Diabetes and Vascular Disease Research, 2009; 6(3):164-171.
2. Мишкулин Р. *Ријечко искуство у лијечењу исхемијске болести срца (LIBS студија)*. Магистарски рад, Медицински факултет Ријека, Ријека, 2010.
3. Костић Н, Чапаревић З. *Дијабетес и исхемијска болест срца*. У: Кардиоваскуларне компликације у дијабетесу. Медицински факултет, Универзитет у Београду, Београд, 2008;стр.117-136.
4. Николић Ј, Илић С, Илић Б, Петровић Д, Митић В, Николић В, Стоичков В, Маринковић Д, Симоновић Д. *Анализа болесника са акутним коронарним синдромима лечених на Клиници за кардиологију Института Нишка Бања*. Актуелности у кардиологији 2, Балнеоклиматологија, 2009;33(2):175-181.
5. Шипетић С. *Здравствени проблеми у примарној здравственој заштити: изазови менаџмента*. У: Унапређење менаџмента у примарној здравственој заштити. Пројекат финансира Европска унија, Београд, 2010;стр.3-23.

54. СМРТНОСТ БОЛЕСНИКА СА ИСКЕМИЈСКОМ КАРДИОМИОПАТИЈОМ И СРЧАНОМ ИНСУФИЦИЈЕНЦИЈОМ

Душан Миљковић

Дом здравља "Варварин", Варварин, Србија

Увод. Искемијска кардиomiопатија подразумева дисфункцију леве коморе изазвану искемијским обољењем срца, која се клинички испољава срчаном инсуфицијенцијом. Срчана инсуфицијенција има прогресиван ток и висок морталитет. Једногодишњи морталитет болесника са срчаном инсуфицијенцијом је између 15% и 20% код блажих облика, а код тежих и до 50%.

Циљ рада. Испитати смртност болесника са искемијском кардиomiопатијом и срчаном инсуфицијенцијом претходно лечених хируршком реваскуларизацијом (CABG) или перкутаном коронарном интервенцијом са уградњом стентова (PCI).

Метод. Испитивањем су обухваћена 42 болесника са искемијском кардиomiопатијом и срчаном инсуфицијенцијом, 36 (85,7%) мушкараца и 6 (14,3%) жена, просечне старости $60,7 \pm 8,9$ година. Просечна дужина праћења свих болесника била је $37,4 \pm 17,5$ месеци (просечно 3,1 година). Почетак праћења болесника је био датум дијагностиковања срчане инсуфицијенције. Примењено је проспективно испитивање, клинички преглед, стална електрокардиографска контрола, лабораторијска, рендгенска, ехокардиографска дијагностика и селективна коронарографија.

Резултати. Претходном реваскуларизацијом миокарда лечено је 42 болесника, хируршком реваскуларизацијом (CABG) 30/42 (71,4%), просечне старости $61,5 \pm 7,9$ година и перкутаном коронарном интервенцијом са уградњом стентова (PCI) 12/42 (28,6%) просечне старости $58,7 \pm 10,6$ година. Нема значајне разлике у годинама живота између група ($t=0,916$; $p>0,05$). Укупни морталитет болесника са искемијском кардиomiопатијом и срчаном инсуфицијенцијом, који су претходно били подвргнути хируршкој реваскуларизацији миокарда, био је 20/30 (66,7%), а болесника подвргнутих перкутаној коронарној интервенцији са уградњом стентова 4/12 (33,3%). Просечан годишњи морталитет болесника лечених са CABG био је 21,3%, а болесника лечених PCI-стентом 10,9%. Постоји статистички значајно већи морталитет болесника лечених хируршком реваскуларизацијом миокарда у односу на морталитет болесника лечених перкутаном коронарном интервенцијом са уградњом стентова ($\chi^2=4,28$; $p<0,05$).

Закључак. Просечан годишњи морталитет болесника са искемијском кардиomiопатијом и срчаном инсуфицијенцијом, претходно лечених хируршком реваскуларизацијом миокарда био је 21,5%, а болесника лечених перкутаном коронарном интервенцијом са уградњом стентова 10,7%. Иако је број болесника студије мали за валидну процену резултата и закључивања, он указује да болесници са искемијском кардиomiопатијом и срчаном инсуфицијенцијом, лечених претходно хируршком реваскуларизацијом миокарда, имају значајно већи морталитет и лошију прогнозу од болесника лечених претходно перкутаном коронарном интервенцијом са уградњом стентова.

Кључне речи: искемијска кардиomiопатија, срчана инсуфицијенција, смртност, хируршка реваскуларизација миокарда, перкутана коронарна интервенција

Литература

1. Сеферовић П, Замаклар Д, Максимовић Р, Ристић А, Дамјановић М, Сеферовић Д. *Исхемијска кардиомиопатија*. У: Недељковић С, Кањух В, Вукотиш М. Кардиологија, 3. издање, Медицински факултет, Универзитет у Београду, Београд, 2000; стр.1189-1192.
2. Felker M, Shaw L, Christopher O'Connor. A standardized Definition of Ischemic Cardiomyopathy for Use in Clinical Research. JACC, 2002;39(2):210-218.
3. Fang J, Aranki S. *Diagnosis and management of ischemic cardiomyopathy*. UpToDate Website, 2011.
4. Попов Т, Дејановић Ј, Ковачевић М, Јовелић А, Иванов И, Срдановић И, Панић Г, Павловић К, Чемерлић-Ађић Н. *Хронична срчана инсуфицијенција: постоје ли разлике у дијагностичком и терапијском приступу код различитих старосних категорија*. Актуелности у кардиологији 2, Балнеоклиматологија, 2009;33(2):95-108.
5. Илић Б, Петровић Д, Маринковић Д, Николић Љ, Николић-Павовић И, Митић В, Николић А, Илић С. *Срчана инсуфицијенција код старих особа*. Актуелности у кардиологији 3, Балнеоклиматологија, 2011;35(1):211-223.

55. ЕФЕКТИ ЛОСАРТАНА У ТЕРАПИЈИ ХИПЕРТОНИЧАРА СА СУВИМ КАШЉЕМ НА АСЕ ИНХИБИТОРЕ

Милан Николић

Завод за здравствену заштиту радника "Железнице Србије" Београд,

Одељење: ОЈ Ниш, Србија

Увод. Блокатори ангиотензинских рецептора представљају нову класу лекова у терапији артеријске хипертензије, чију примену, за разлику од АСЕ инхибитора, прати ниска инциденција нежељених дејстава, као што су суви кашаљ и ангиоедем. Лосартан је први одобрени медикамент из ове класе уведен у клиничку праксу.

Циљ рада. Испитати антихипертензивну ефикасност, сигурност и подношљивост лосартана код хипертензивних пацијената са претходно насталим сувим кашљем изазваним АСЕ инхибиторима.

Метод. Испитивана су 42 хипертоничара (28 мушкараца; просечна старост $60,1 \pm 8,8$ год.), који су по искључењу АСЕ инхибитора добијали лосартан у дози од 50 mg дневно. Уколико након 2 месеца нису постигнуте циљне вредности крвног притиска, доза је била повећана на 100 mg дневно. Процена ефеката је рађена након 1, 2 и 3 месеца терапије лосартаном, на основу добијених анамнестичких података, мерења крвног притиска и урађених лабораторијских анализа.

Резултати. Код свих пацијената суви кашаљ је престао за највише десет дана по укључењу лосартана. Укупно, дозу од 50 mg је добијало 85,7% хипертоничара, а преосталих 14,3% дозу од 100 mg. Средње вредности крвног притиска (КП) по искључењу АСЕ инхибитора износиле су за систолни КП $142,4 \pm 16,3$ mm Hg и за дијастолни КП $87,5 \pm 9,5$ mm Hg. У току првог месеца терапије лосартаном дошло је до благог пораста и систолног ($148,3 \pm 15,7$ mm Hg) и дијастолног ($88,4 \pm 9,1$ mm Hg) КП, да би у наредним месецима био регистрован стаалан пад вредности крвног притиска. На крају истраживања, систолни КП је износио $136,2 \pm 12,2$ mm Hg, а дијастолни $83,1 \pm 8,5$ mm Hg. У току терапије лосартаном нису утврђене значајне разлике у вредностима испитиваних биохемијских анализа. Истовремено, од пацијената није добијен ниједан податак о могућим нежељеним дејствима лека.

Закључак. Добијени резултати су показали да је лосартан у дневној дози од 50-100 mg ефикасно регулисао крвни притисак, уз висок степен сигурности и подношљивости. Лосартан представља нови приступ терапији хипертензије код пацијената, који због сувог кашља не могу да користе АСЕ инхибиторе.

Кључне речи: хипертензија, АСЕ инхибитори, блокатори ангиотензинских рецептора, лосартан, кашаљ, нежељена дејства

Литература

1. Johnston CI. *Angiotensin receptor antagonist: focus on losartan*. Lancet 1995;346(8987):1403-1407.
2. Gradman AH, Arcuri KE, Golberg AI, Ikeda LS, et al. *A randomized, placebo-controlled, double-blind, parallel study of various doses of losartan potassium compared with enalapril maleate in patients with essential hypertension*. Hypertension 1995;25(6):1345-1350.
3. Hernandez-Hernandez R, Sosa-Canache B, Velasco M, Armas-Hernandez B, et al. *Angiotensin II receptor antagonists role in arterial hypertension*. J Hum Hypertens 2002;16(Suppl 1):S93-S99.
4. Ikeda LS, Harm SC, Arcuri KF, Goldberg AI, Sweet CS. *Comparative antihypertensive effects of losartan 50 mg and losartan 50 mg titrated 100 mg in patients with essential hypertension*. Blood Press 1997;6(1):35-43.

5. Ramsay LE, Yeo WW. The Losartan Cough Study Group. *Double-blind comparison of losartan, lisinopril and hydrochlorthiazide in hypertensive patients with a previous angiotensin converting enzyme inhibitor-associated cough.* J Hypertens 1995;13(Suppl 1):S73-S76.

56. ФАКТОРИ РИЗИКА ЗА КАРДИОВАСКУЛАРНЕ БОЛЕСТИ КОД ВАТРОГАСАЦА

Савица Мицковић, Светлана Кековић
Дом здравља "Подгорица", Подгорица, Црна Гора

Увод. Кардиоваскуларне болести су водећи узрок морбидитета и морталитета у многим развијеним земљама, као и у земљама у развоју. Оне су значајан узрок привременог или трајног губитка радне способности, умањења опште животне активности и умањеног квалитета живота. Кардиоваскуларне болести јесу и један од главних узрока превремене смртности, а то заправо погађа радно активно становништво. Ове болести настају садејством више фактора који се дијеле на непромјењиве и промјењиве. У непромјењиве факторе ризика спадају: доба, пол и наслеђе. Промјењиви фактори ризика су: пушење цигарета, повишен холестерол, повишен крвни притисак, гојазност, физичка неактивност, дијабетес мелитус, психосоцијални фактори, од којих је најзначајнији стрес.

Циљ рада. Испитати у којој мјери су ризици за оболијевања од кардиоваскуларних обољења заступљени код ватрогасаца.

Метод. Примијењен је аналитички метод.

Резултати. Анализирано је 105 превентивних картона ватрогасаца. Утврђено је да 35 (33,3%) радника болује од кардиоваскуларних обољења, при чему 27 (25,7%) болује од хипертензије. Поремећај срчаног ритма је имало 5 радника (3,8%), промјене на срчаним записима 2 (1,9%), а један радник (0,95%) је имао кардиомиопатију. Највише оболелих је у старосној групи од 41 до 50 година, 45%, а затим у групи од 51 до 60 година, 28,5%. Од укупног броја запослених, 45 (42,8%) радника су пушачи. Забрињавајуће велики број радника, чак 68,57%, имао је поремећај метаболизма липида, повећан холестерол, триглицериде или повишен и холестерол и триглицериде. Гојазних радника је било 11,42%. Четрнаест радника оболелих од хипертензије има удружену и хиперлипопротеинемију. Четири радника са хипертензијом и хиперлипо-протеинемијом је гојазно. Од укупног броја оболелих, 28,57% су пушачи, 24,76% радника са хиперлипопротеинемијом има и пушење као додатни фактор ризика.

Закључак. Ватрогасци у значајном броју оболијевају од кардиоваскуларних обољења. Највећи број радника болује од хипертензије. Углавном оболијевају радници средњег животног доба. Забрињавајуће висок процент радника има поремећај метаболизма липида. Велики број радника су пушачи. Значајан број радника је гојазно. Више од половине радника има два или више фактора ризика за оболијевањем од кардиоваскуларних обољења.

Кључне ријечи: кардиоваскуларне болести, ризик

Литература

1. Ђорђевић БС, Божинић Јб. *Коронарна болест*. У: Стефановић С. (ур.) Интерна медицина, Београд - Загреб 1985; стр.364-376.
2. Најдановић Б. *Артеријска хипертензија*. У: Стефановић С. (ур.) Интерна медицина, Београд – Загреб 1985; стр. 418-430
- Срнић Д. *Срце и крвни судови*. У: Видаковић А. (ур.) Медицина рада, Београд 1997;стр. 949-973.
3. Павловић МЗ, Шљивић М. *Оцењивање радне способности код најчешћих кардиоваскуларних обољења*. У: Павловић М, Видаковић А.(ур). Оцењивање радне способности, Београд 2003.

59. ПОЛНА СТРУКТУРА БОЛЕСНИКА СА ОСТЕОАРТРОЗОМ КУКА

Кармела Филиповић, Јелена Звекић-Сворцан, Биљана Васић,
Бранислава Станимиров*, Зорица Митровић**

Специјална болница за реуматске болести, Нови Сад, Србија

*Дом здравља "Нови Сад", Нови Сад, Србија

**Ординација *Experta*, Нови Сад, Србија

Увод. Остеоартроза (ОА) је стање које представља неуравнотеженост дегенеративних и репараторних процеса у целом зглобу и његовим саставним деловима, са секундарним инфламаторним променама, посебно синовије, али и саме зглобне хрскавице.

Циљ рада. Утврдити полну структуру болесника који болују од остеоартрозе кука.

Метод. У истраживање је било укључено 148 испитаника оба пола, старости 55-75 год. Испитаници су били подељени у 2 групе: испитивану и контролну са по 74 испитаника у свакој групи. Испитивану групу су чинили пацијенти са постављеном дијагнозом остеоартрозе кука поштујући дијагностичке критеријуме, утврђене од *American College of Rheumatology* (бол у куку, феморални или ацетабуларни остеофити на радиографијама, брзина седиментације еритроцита 20 mm/h. Смањење унутрашње ротације у зглобу кука на мање од 15 степени, јутарња укоченост у зглобу кука која траје мање од сат времена и животно доба изнад 50 година су додатни критеријуми за дијагнозу остеоартрозе. Контролну групу су чинили испитаници код којих је на основу спроведеног дијагностичког поступка, искључено постојање остеоартрозе кука. Испитивање је спроведено у Специјалној болници за реуматске болести Нови Сад 2009. год. Обухваћени су само болесници који су лечени у амбулантним условима. У статистичкој обради података коришћени су методи дескриптивне статистике.

Резултати. Просечна старост болесника у испитиваној групи је износила 67,76 год. На основу класификације старосног доба по Светској здравственој организацији, испитаници су били подељени по старосним категоријама у две групе: *I* група од 55 до 64 године и *II* група од 65 до 75 година. У *I* старосној категорији је било 29,7% (22/74) испитаника; у *II* старосној категорији њих 50% (52/74). Просечна старост мушкараца је износила 68,21 год. а жена 67,54 год. Код болесника са остеоартрозом кука било је више жена, 67,6% (50/74), него мушкараца 32,4% (24/74).

Закључак. Остеоартроза кука се чешће јавља код особа које су старије од 65 година и у женској популацији.

Кључне речи: остеоартроза, кук, полна структура

Литература

1. Бранковић С, Димић А, Стефановић Д, Филиповић К, Радуновић Г. *Дијагноза и лечење остеоартрозе*. Водич за лекаре у примарној здравственој заштити, Београд, 2012.
2. Connor M. *Sex Differences in Osteoarthritis of the Hip and Knee*. US Musculoskeletal Review 2007;(1):71-72.
3. Maillefert J, Gueguen A, Monreal M, Nguyen N et al. *Sex differences in hip osteoarthritis: results of a longitudinal study in 508 patients*. Ann Rheum Dis. 2003; 62(10):931-934.
4. Lanyon P, Muir K, Doherty S, Doherty M. *Age and sex differences in hip joint space among asymptomatic subjects without structural change: implications for epidemiologic studies*. Arthritis Rheumatism 2003;48(4):1041-6.
5. Srikanth V, Fryer J, Zhai G et al. *A meta-analysis of sex differences prevalence, incidence and severity of osteoarthritis*. Osteoarthritis and cartilage 2005;13(9):769-781.

61. SPONDYLODISCITIS VERTEBRAE LUMBALIS L 4-5 ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

Снежана М Стојић, Смиљка Арсић
Дом здравља "Нови Сад", Нови Сад, Србија

Увод. *Spondylodiscitis* као запаљењски процес локализован у телима кичмених пршљенова и међупршљенском диску дуж целе кичме, може бити изазван бактеријама, гљивицама и паразитским микроорганизмима и тешко се дијагностикује.

Циљ рада. Приказом случаја сугерисати значај примене магнетне резонанције у благовременом откривању овог обољења.

Метод. У раду су коришћени подаци из историје болести - добијени из анамнезе, клиничких и неуролошких налаза, као и резултата допунских лабораторијских анализа и радиолошких снимања (*RTG*, *CT* и *MRI*).

Приказ случаја. Пацијенткиња стара 61 годину, службеник, јавила се на преглед 14.01.2012. год. због болова у лумбосакралном делу кичме, трњењем обе ноге и потпуне одузетости. Обољење почиње нагло са боловима у доњем делу кичме и појавом високе температуре, што је указивало на запаљењски процес. Ради прецизније дијагностике амбулантно је урађен *MR* преглед лумбо-сакралног дела кичме, који је верификовао *Spondylodiscitis L 4-5*. Хоспитализација је уследила месец дана након почетка болести у КЦ Војводине на Клиници за инфективне болести у Новом Саду и трајала од 14. 02. до 28.03.2012. Хемокултура је узета 24.02.2012., где се констатовало присуство *Staphylococcus spp.* - коагулаза негативна – контаминација. По пријему је започета циљана парентерална антибиотска терапија у трајању од 6 недеља и препоруком да се настави још 3 недеље антибиотске терапије. Лабораторијски налази начињени при отпуста имају тенденцију нормализације, те се пацијенткиња отпушта са клинике на даље кућно лечење уз препоруку да мирује у трајању од две недеље и да се постепено уводи вертикализација уз *TLSO* мидер.

Закључак. Субјективне тегобе и клинички налаз код *spondylodiscitis* су неспецифични. Код бола у леђима увек треба мислити и на *spondylodiscitis*, како би се дијагноза овог ретког и тешког обољења на време поставила. У циљу скраћења дијагностичке процедуре, магнетна резонанција је главни и суверени метод у постављању дијагнозе.

Кључна реч: *Spondylodiscitis*

Литература

Кнежевић А. и сар. *Клиничке карактеристике инфективних Spondylodiscitisa*. Медицински преглед, 2009.

62. ПРЕВЕНЦИЈА И ЛЕЧЕЊЕ АЛКОХОЛИЗМА У ЖЕЛЕЗНИЧКОМ САОБРАЋАЈУ

Драгана Величковић

Завод за здравствену заштиту радника "Железнице Србије", Београд, Србија

Увод. Алкоголизам је биопсихосоцијална болест и поремећај понашања који је у експанзији у оквиру опште популације. Тему сматрамо веома важном имајући у виду значај железничког саобраћаја за привредни развој друштва. Посебно напомињем да је на железници значајан број радних места са повећаним ризиком. Сведоци смо, такође, нагомиланих друштвених криза, незапослености, сиромаштва и забринутости за егзистенцију. Неминовна последица свега наведеног је пренапрегнута, нестабилна и неуротизована личност, која може да досегне за употребом алкохолних пића, као природног седатива, а то је могућност за настанак психичке а затим и физичке зависности од супстанце.

Циљ рада. Приказати мере превенције и лечења алкохолизма ради сузбијања овог проблема и његових озбиљних бројних последица. Овде посебно имам у виду два основна постулата железничког саобраћаја - безбедност и редовност саобраћаја на железничким пругама.

Метод. Приказ мера примарне превенције које се спроводе у оквиру *Програма специфичне здравствене заштите* при Служби медицине рада и у Кабинету за превенцију болести зависности при неуропсихијатријској служби. Основу лечења (секундарне превенције) чини породична системска терапија алкохолизма, а реализује је мултидисциплинарни тим Кабинета за превенцију алкохолизма. Посебно истичем значај и улогу Службе медицине рада за валидну оцену радне способности зависника од алкохола и лечених алкохоличара. Пре дванаест година је конституисан Клуб лечених алкохоличара „Железничар“ (рехабилитација и ресоцијализација) који је активан члан Заједнице клубова лечених алкохоличара Србије.

Закључак. Успешна координација са релевантним структурама са железнице је неопходан предуслов ефикасности концепта као и моделирање предложених мера и активности.

Кључне речи: алкохолизам, превенција, железнички саобраћај

Литература

1. Букелић Ј. *Социјална психијатрија*. Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 2000.
2. Гачић Б. *Алкохолизам - болест појединца, породице и друштва*. Филип Вишњић, Београд 1988.
3. Гачић Б. *Београдски екосистемски модел у алкохолизму*. Социјална Мисао, Београд, 1996;11-12.
4. Николић Д. *Болести зависности*. Социјална мисао, Београд, 2000.

65. ДОПРИНОС ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА У ЗАУСТАВЉАЊУ ДЕПОПУЛАЦИЈЕ

Боро М. Вујасин

Дом здравља "Тител", Тител, Србија

Циљ рада. Циљ рада пронаталитетне популационе политике јесте да се укаже на неопходност ангажовања свих државних, недржавних институција, као и појединаца у практичној реализацији циљева пронаталитетне политике, ради перманентног обнављања и постојања становништва.

Метод. Методолошким истраживањем стручно-научне литературе, добијене су непобитне чињенице.

Резултати. Показују да крајем 20. и почетком 21. века у сфери популационе политике, на планети Земљи постоје два екстрема. Африка, Азија и Јужна Америка представљају континенте популационе експанзије, док Европа, Северна Америка и Аустралија чине континенте изразите популационе регресије. Број становника на планети земљи се стално увећавао и увећава. Године 1650 на Земљи је живело 507.000.000 становника; 1900. године 1.590.000; 1930. године 2. 009.000 000; 1970. године 3.621.000.000; 1990. године 3.346.000.000; 2000. године 6.000.000.000; 2010. године око 7.000.000.000 становника. Видљиво је да број становника расте, без обзира на депопулациона кретања континентата западноевропске филозофије живљења. Републику Србију карактерише изразита демографска неуједначеност. Анализом виталних догађаја, у 2050. години предвиђа се смањење становника у средишњој Србији на 4.000.000, у АП Војводине смањење на 1.600.000, а на простору АП Косова и Метохије ће доћи до изразитог пораста броја становника на 4.200.000.

О *белој куги* на простору Републике Србије писано је пре више од једног века, док се изразита перманентна депопулација бележи након 1989. године. Само током последње деценије број становника централне Србије умањио се за – 377.335, АП Војводине за – 115.103.

Закључак. Неопходно је да се позитивним законским актима стимулише биолошка репродукција, а да се кроз практичне и конкретне потезе перманентно ради на трајној реализацији вечитог обнављања становништва. На нивоу државе неопходно је формирати Министарство за популациону политику. На нивоу локалне самоуправе морају заживети институције чија ће основна делатност бити пронаталитетна популациона политика. Уколико се сви, сад и одмах, не прикључимо покрету пронаталитетне популационе политике у Републици Србији, уколико се он не омасови, те држава и појединац не осете интерес обнављања свог становништва као свој витални интерес, свесно носе одговорност за своје самоуништење. Једино на овај начин постојаће генерације становништва које сада живе на овим просторима, и постојаће државе чији ће састав народа и етничких група бити исти и у наредним вековима. Само на овај начин можемо омогућити своје постојање. Постоји пут. Кренимо њиме.

Литература

1. Мацура М. *Развитак популационе политике у Србији 1945-2004. године*. Демографски зборник VII, САНУ, Београд, 2005.
2. Јаковљевић Ђ. *Здравствена заштита у склопу мера популационе политике*. Књига радова XIII конгреса лекара Србије са међународним учешћем. Српско лекарско друштво - Београд, 1996;стр. 9-15.
3. Гавриловић А, Рашевић М. *Обнављање становништва Србије и популациона политика државе и локалне самоуправе*. Службени гласник, Београд, 1999.

Српско лекарско друштво XVII КОНГРЕС ЛЕКАРА СРБИЈЕ и III КОНГРЕС ЛЕКАРА ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ СРБИЈЕ СА МЕЂУНАРОДНИМ УЧЕШЋЕМ Београд 2012

4. Зборник Матице српске за друштвене науке. *Популациона политика - највиталнији интерес државе и појединца*. Матица српска - Одељење за друштвене науке, Нови Сад, 2001; 110-111:295-300.
5. „Бела куга“ најмасовнија болест Републике Србије. Едиција Зборник радова, Интернационални конгрес „Здравље за све“, хроничне незаразне болести 2/II; Удружење „Здравље за све“, Бања Лука, 2003;230-236.

67. ГИЛБЕРТОВ СИНДРОМ КОД ВАТРОГАСАЦА

Светлана Кековић, Савица Мићковић

Дом здравља "Подгорица", Подгорица, Црна Гора

Увод. Гилбертов синдром је најчешћи облик неконјуговане, наследне, хипербилирубинемије. Досадашња научна сазнања говоре да је у питању комбиновани, наследни дефект у метаболизму билирубина. Због дефекта у активности ензима глукуронил-трансверазе поремећено је преузимање слободног билирубина кроз мембрану хепатоцита и његово преношење до глатког ендоплазматског ретикулума. У лабораторијским налазима укупни-тотални билирубин је повишен због пораста неконјугованог-индиректног билирубина, док је конјуговани-директни билирубин нормалан или благо повишен. Открива се код младих особа, чешће мушкараца, никад не доводи до инсуфицијенције јетре, нити захтева лечење. Интересантно је да су такве особе мање подложне инфарктима од других, јер жучне боје делују антикоагулантно.

Циљ рада. Анализа учесталости Гилбертовог синдрома код испитиваних ватрогасаца.

Метод. Коришћена је ретроспективна епидемиолошка метода. Анализирани су резултати периодичних прегледа 105 ватрогасаца запослених у „Служби заштите и спасавања“. Прегледи су обављени током 2011. год. Коришћен је метод аналитичке статистике - анализа процентима.

Резултати. Прегледано је укупно 105 пацијената старости од 21 до 58 година. Код свих 105 испитаника рађен је детаљан физикални преглед по системима, као и следеће лабораторијске анализе: комплетна крвна слика, гликемија, уреа, креатинин, укупни билирубин, трансаминазе (*AST, ALT*), холестерол, триглицериди и преглед урина. Код пацијената са повишеним вредностима билирубина рађена је и допунска дијагностика - ултразвучни преглед абдомена као и антигени и антитела на вирусни хепатитис *B* и *C* (*Hbs-Ag, HCV-Ant*). Резултати су приказани табеларно и графички. Према старосној структури, највише испитаника је у групи од 40 до 49 година – 41 (39%), затим од 30 до 39 година – 29 (27,6%), од 50 до 59 година – 22 (20,9%) и од 20-29 година – 13(12,4%). У односу на године живота, највише пацијената са хипербилирубинемијом је старости од 40 до 49 год. - 5 (4,8%) и исто толико испитаника од 50 до 59 год. - 5 (4,8%). Заступљеност у групи од 30 до 39 год. Је 3 (2,8%), а од 20 до 29 год. 2 (1,9%).

Закључак. Од укупно 105 испитаних радника, код 15 (14,8%) је нађена хипербилирубинемија. Највећи број испитаника са хипербилирубинемијом је средњег животног доба, од 40 до 59 година. Са великом вероватноћом можемо тврдити да се код највећег броја ових пацијената ради о Гилбертовом синдрому. Према подацима из литературе, Гилбертов синдром је у општој популацији заступљен са око 5% и представља најзаступљенији облик хипер-билирубинемије. Сprovedено испитивање је у складу са овим подацима.

Кључне речи: Гилбертов синдром, наследна хипербилирубинемија, глукуронил трансвераса.

Литература

1. Видаковић А. *Оцењивање радне способности оболелих од најчешћих обољења јетре и жучне кесице*. У: Павловић МЖ, Видаковић А. (ур.) Оцењивање радне способности. Лазаревац: *Elvod-print*, 2003;стр.373-380.
2. Перишић В. *Болести јетре*. У: Стефановић С. (ур.) Интерна медицина, Медицинска књига Београд-Загреб, 1985;стр.773-871.

3. Knauer M, Carbone JV, Silverman S, Jr. *Oboljenja gastrointestinalnog trakta i jetre*. U: Krupp MA, Chatton MJ, Tierney LM. *Interna medicina - savremena dijagnostika i lečenje*. Savremena administracija, Beograd, 1991;str. 484-599.

68. ПРОЦЕНА КОНТРОЛЕ ХИПЕРТЕНЗИЈЕ И ДИЈАБЕТЕСА У ПАЦИЈЕНАТА СА ДИЈАБЕТЕСОМ ТИП 2

Снежана Милутиновић Матић, Нела Јањић, Зора Зенић
Дом здравља "Бањалука", Бањалука, Република Српска

Увод. Хипертензија је уобичајени коморбидитет код пацијената са дијабетесом, а адекватна контрола крвног притиска значајно смањује ризик од макроваскуларних и микроваскуларних компликација. Контрола хипертензије представља кључ за смањење кардиоваскуларних дешавања код пацијената са дијабетесом.

Метод. Истраживање је проведено у периоду од 1.10.2010. до 15.08.2011. и обављено је у три амбуланте Дома здравља у Бањалуци. Анализиране су три задње вредности HgA_{1c} , као и три задња амбулантна и три кућна мерења притиска. Израчуната је њихова средња вредност. Испитивање је обухватало 129 пацијената, 73 мушкарца и 56 жена, старости 45 година и више са верифи-кованом дијагнозом дијабетес мелитуса тип 2 и хипертензије. Дужине трајања дијабетеса и хипертензије, верификоване у картону, кретале су се од једне до 21 године за мушкарце, а до 30 година за жене. Испитивањем није обухваћено 17 пацијената са непотпуним подацима.

Циљ рада. Циљ рада је био да се добије увид у регулисаност хипертензије и дијабетеса код наших пацијената, и да се на основу тога донесу неке стратешке одлуке за даље.

Резултати. На основу израчунавања, вредности систолног притиска $\leq 130 \text{ mm Hg}$ имало је 31,50% мушкараца и 26,78% жена; вредности дијастолног притиска $\leq 80 \text{ mm Hg}$ имало је 41,09% мушкараца и 41,07% жена; вредност $HgA_{1c} \leq 7,0\%$ имало је 34,24% мушкараца и 30,35% жена. Заступљеност компликација код особа мушког пола - ретинопатија 36,98%, нефропатија 31,50%, полинеуропатија 28,76%, акутни инфаркт миокарда 23,28%, цереброваскуларни инсулт 6,84%, ампутацију 5,47%. Заступљеност компликација код особа женског пола: ретинопатија 33,92%, нефропатија 26,78%, полинеуропатија 44,64%, акутни инфаркт 26,78%, цереброваскуларни инсулт 8,92%, а ампутације екстремитета 3,57%.

Закључак. Резултати су забрињавајући. То нас је мотивисало да још више радимо на контроли хипертензије а посебно дијабетеса. Донели смо одлуке: (а) да пацијенте мотивишемо и активирамо да више раде на контроли притиска и дијабетеса, и да преузму одговорност за донете одлуке; (б) да чешће проводимо рад у малој групи и саветујемо пацијенте о исхрани и дневним активностима ради боље контроле болести.

Кључне речи: дијабетес, гликолизирани хемоглобин, хипертензија

Литература

1. *Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus.* Diabetes Care, January 2002;25:155-520.
2. American Academy of Family Physicians. *Lifestyle Changes to Manage type 2 Diabetes.* January 1, 2009.
3. Whalen KL, Stewart RD. *Pharmacologic Management of Hypertension in Patient with Diabetes.* Am Fam Physician 2008;78(11):1277-1282.
3. Mogens Lytken Larsen, Mogens Harder, Erik Mogensen. *Effect of Long Term Monitoring of Glycosylated Hemoglobin Levels in Insulin-Dependent Diabetes Mellitus.* J Med 1990;323:1021-1025.

4. Skyler J, Bergenstal R, Bonow RO, Buse J, Dedwano P, et al. *Intensive Glycemic Control and the Prevention of cardiovascular Events*. Implications of the ACCORD, ADVANCE, and VA Diabetes Trials. *Diabetes Care*, January 2009;32:1187-192.

69. НОВИ СТИЛОВИ ЖИВОТА - НОВЕ БОЛЕСТИ ЗАВИСНОСТИ

Љиљана Ђуровић, Катица Рашковић*, Весна Оборина
Дом здравља "Подгорица", Подгорица, Црна Гора
*Здравствена станица "Петровац", Петровац, Црна Гора

Увод. Породичном лекару у реформисаном систему примарне здравствене заштите намеће се улога у препознавању нових облика зависности. Већина адолесцената зна за штетне последице дроге, алкохола, пушења, а мањи број је упознат да су интернет и коцкање подједнако тежак порок кад се злоупотребе. Сврставају се у групу поремећаја навика и импулса – *F63.0 (Alia compulsiva) Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders*. Недостатак правог вредносног система, друштвени амбијент и слабљење улоге породице погодују овом јавно здравственом проблему.

Циљ рада. Приказати колико *Facebook* и коцкање користе средњошколци, указати на реалну опасност од њих и изналазити начине за њихово решавање.

Метод. Добровољна анкета у двије средње школе у Подгорици.

Резултати. Анкетом је обухваћено 128 средњошколаца, 82 девојке (64%) и 46 младића (36%); 45 (35,1%) анкетираних проводе више од једног часа дневно на *Facebook*-у; 37(28,9%) средњошколаца пропушта сан због коришћења интернета, а 29 (22,6%) деце запоставља обавезе у школи; 15 (11,7%) осећа немир при помисли да напусте *Facebook*. Опсесивни су у проналажењу бивших пријатеља, њих 17 (13,2). Време за школу одвајају за коцкање 18 (14,06%) деце; 12 (9,3%) анкетираних позајмљују новац за коцкање и немају грижу савести. Свесни су да занемарују породицу и себе због коцке њих 8 (6,2%). Само 3 (2,3%) би довело себе у стање да се коцкају до последње паре.

Закључак. Резултати анкете су забрињавајући. Није угрожен само зависник, већ страда и читава породица. Када притисак свакодневног живота порасте, затаји улога породице, млади беже у виртуелни свет, у свет коцке. Отуђење од породице је велико. Осећај сигурности које треба да имају у њој, надокнађују у виртуелној заједници. Велика опасност је губитак времена и занемаривања основних животних потреба (храна и спавање). Занемарују дружење са вршњацима уживо и нестаје осећај прихваћености у породици. Једна од опасности на које треба да укаже породични лекар је да постоји и укрштена зависност. Склони дрогама и алкохолу, склони су и коцкању и интернету. Заједнички хемијски ефекат ствара потребу за задовољством. Анкета показује да су наша деца прилично усамљена, али и јако осећајна, маштовита и креативна. Улога породичног лекара и породице је да кроз здравствено-васпитни рад укључи адолесценце у спорт, рекреацију, вежбе, хоби, па и медикаментни третман и психосоцијалну терапију. Кључ свега је превенција. Осећај сигурности треба да имају у породици, остало је сурогат замена. Породично гнездо је шкољка, чији оклоп треба глачати и улепшавати - то је наше уточиште.

Кључне речи: породични лекар, *Facebook*, коцкање.

70. ПРЕВЕНЦИЈА КАРЦИНОМА ГРЛИЋА МАТЕРИЦЕ

Боро М. Вујасин
Дом здравља "Тител", Тител

Увод. Крајем 20. и почетком 21. века хумана популација оболева од „савремених“ болести, које су на почетку 20. века биле скоро непознате.

Циљ рада. Циљ сваке особе јесте да се упозна са узроцима болести и посебним интересом за њено спречавање, јер „Превентива је мајка здравља“.

Метод. Методолошким истраживањем стручно-научне литературе о карциному грлића материце, потврђена је оправдана бојазан од ове опаке болести.

Резултати. Показују да је злоћудни тумор цервикса трећи злоћудни тумор у жена. Према подацима СЗО сваке године у свету од карцинома грлића материце оболи око 500.000 жена, а од тога 230.000 умре. У Републици Србији свакодневно се открије један случај карцинома грлића материце, док недељно једна жена умре. Узроци су многоструки, међу којима су: 1. гениталне инфекције (*HPV* вируси, строго су специфични за врсту, као што су специфични за локацију на телу; хумане папилома вирусе делимо на *HPV* вирусе ниског онкогеног ризика: тип 6 и 11, 42, 43 и 44, *HPV* вируси средњег онкогеног ризика: 31, 33, 35, 51, 52, и *HPV* вируси високог ризика 16, 18, 45, 56). 2. хемијска карциногенеза, имуносупресија, сексуалне навике, социоекономске околности, еколошка загађења...

Закључак. Постоје два начина превенције карцинома грлића материце. Први је да се спречи инфекција са *HPV*, други да се жене редовно гинеколошки контролишу. Папа тестови ће открити премалигна стања и *HPV*. Оба стања могу бити успешно лечена и следствено зауставити прогресију. У превентиви карцинома грлића материце постоји и могућност вакцинације. Препорука обухвата популацију од 11 до 26 година, а превенира карцином грлића материце, преканцерозна стања и ранице грлића нижег степена и кондиломе изазване *HPV* вирусом типа VI, XI, XVI, XVIII. Ефикасност вакцине је спорна. Свакодневна природна нега гениталних органа са *Forever Aloe Propolis* кремом, због синергетског дејства обиља биолошко активних материја, представља природно ефикасно средство за свакодневну тоалету и превентиву било које патологије вулвовагиналне регије. То је императив превенције доњег гениталног тракта 21. века.

Кључне речи: превенција, карцином грлића материце

Литература

1. Karaca K, Sharma JM, Norgren R. *Nitric Oxide production by chicken macrophages activated by Acemannan*. Int. J. Immuno pharmacol. 1995;17(3):183-8.
2. Krell R. Value-added products from beekeeping FAO agricultural services bulletin No. 124 Food and Agriculture Organization of the United Nations Rome. 1996.
3. Manishi K., Aloctin A. An Active Substance of Aloe arborescens Miller as immuno-modulator, 1993.
4. Sheets MA et al. *Studies on the effect of acemannan on retrovirus infections: clinical stabilization of feline virus-infected cats*. Mol. Biother. 1991;3:41-45.
5. Tomás-Barberán FA, García-Viguera C, Vit-Oliviera P, Ferreres F, Tomás-Lorente F. (08-03). *Phytochemical evidence for the botanical origin of tropical propolis from Venezuela*. Phytochemistry 1993;34(1):191–6, doi:10.1016/S0031-9422(00)90804-5.

71. ПРОЦЕНА КВАЛИТЕТА ЖИВОТА ОБОЛЕЛИХ ОД ЗАПАЉЕЊСКИХ РЕУМАТСКИХ БОЛЕСТИ

Лидија Миљковић, Гордана Јелисијевић, Елизабета Ангелова
Дом здравља "Вождовац", Београд, Србија

Увод. Реуматске болести спадају међу најчешће хроничне болести и могу довести до привремене или трајне, делимичне или потпуне онеспособљености. Деле се на: запаљењске, незапаљењске и дегенеративне. У групу запаљењских реуматских болести спадају: реуматоидни артритис, псоријазни артритис, анкилозирајући спондилитис. Низ симптома и поремећаја (бол, ограничена покретљивост, промене расположења...) прате реуматска оболења, и ремеће квалитет живота ових пацијената.

Циљ рада. Процена квалитета живота оболелих од запаљењских реуматских болести.

Метод. Истраживање је спроведено у Дому здравља "Вождовац" у периоду од 12. до 16. априла 2010. године и спроведено је на пунолетним болесницима оба пола са реуматским обољењима. За мерење квалитета живота коришћен је стандардизовани упитник *EQ-5D*, који је саставила *EuroQoL* група 1990. године. Упитник је осмишљен да га болесник сам попуњава.

Резултати. У Дому здравља "Вождовац" испитана су 232 пацијента, од тога 75 мушкараца и 157 жена, старости од 21 године и више. Највећи број испитаника је старости од 71 до 80 године. Оболеlih од хроничног дегенеративног реуматизма је 164 (70,7%), док запаљењски реуматизам има 68 (29,3%) испитаника, од тога реуматоидни артритис 52 (76,5%), псоријазни артритис 9 (13,2%), а анкилозирајући спондилитис 7 (10,3%) испитаника. Више од 98% болесника са реуматоидним артритисом осећа бол и потиштеност, а преко 90% се жали на замарање. Сви оболели од псоријазног артритиса осећају бол и потиштеност, сви оболели од анкилозирајућег спондилитиса осећају бол и имају неки проблем са покретљивошћу. Оцена квалитета живота оболелих од запаљењских реуматских болести је најбоља у сегменту бриге о себи (25% је изјавило да нема проблема са бригом о себи). Бол је један од главних компоненти снижења квалитета живота болесника са запаљењским реуматизмом: 98,5% ових болесника осећа бол. На замарање се жали 89,7%, а потиштено се осећа 94,1% болесника са запаљењским реуматизмом.

Закључак. У највећем проценту испитаници осећају бол, имају неки проблем са кретањем, потиштени су, замарају се. Квалитет живота оболелих од запаљењских реуматских болести је знатно снижен. Зато је било важно да се направе одговарајући инструменти мерења квалитета живота, како би се омогућило планирање здравствених интервенција и дијагностичких процедура, које би имале за циљ унапређење живота ових пацијената. Кључне речи: реуматске болести, квалитет живота

Литература

1. Lee DM, Weinblatt ME. *Rheumatoid arthritis*. Lancet 2001;358:903-911.
2. Стефановић С и сар. *Специјална клиничка физиологија*. III издање, Медицинска књига, Београд-Загреб 1980.
3. Walker JG, Littlejohn GO. *Measuring quality of life in rheumatic conditions*. Clin Rheumatol 2007;26:671-673.
4. Hurst NP, Kind P, Ruta D, Hunter M, Stubbings A. *Measuring health-related quality of life in rheumatoid arthritis: validity, responsiveness and reliability of EuroQol (EQ-5D)*. Br J Rheumatol. 1997 May;36(5):551-9.

5. Bowling A. *Melasuring disease: A Review of Disease-specific Quality of Life Measurement Scales*. Buckingham-Philadephia: Open University Press.1995.

72. АГРАНУЛОЦИТОЗА - ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

Лидија Миљковић, Горан Читлучанин
Дом здравља "Вождовац", Београд, Србија

Увод. Агранулоцитоза је клинички синдром изазван ниским вредностима неутрофила (мањим од $0,5 \times 10^9/L$) у периферној крви или њиховим потпуним одсуством. Болест најчешће изазивају одређени лекови. Урођена преосетљивост на хемијски агенс или његов метаболит, као и стечена имуна преосетљивост на лек или агенс - најчешћи су патогенетски механизам у основи агранулоцитозе.

Циљ рада. Указати на значај благовремене дијагнозе и значај лабораторијског прегледа периферне крви у постављању дијагнозе.

Метод. Приказ је урађен на основу медицинске документације: лабораторијских анализа, специјалистичких извештаја, отпусне листе.

Приказ случаја. Пацијенткиња Б.Ћ. стара 44 године, јавила се лекару због повишене температуре и гушобоље. Након прегледа постављена је дијагноза: *инфлуенца* и саветована симптоматска терапија и мировање. Три дана касније поново се јавља лекару због погоршања општег стања: температура преко $40^{\circ}C$, болови у грлу, кожне промена по лицу, посебно око усана и улцеро-некротичне промене на тонзилама. Урађен је лабораторијски преглед и нађени су ниски леукоцити $1,8 \times 10^9/L$, хемоглобин 108 g/L , седиментација 120 mm/h . Месец дана раније код болеснице је дијагностикована хипертиреоза и започето је лечење тиамазолом. Због сумње на агранулоцитозу прекида се узимање тиамазола и пацијенткиња се упућује на хематологију. Примљена је на одељење интензивне неге. У лабораторијским анализама на пријему: леукопенија $1,6 \times 10^9/L$ (еозинофили 10%, 81% лимфоцити, 9% моноцити), хемоглобин 113 g/L , тромбоцити $351 \times 10^9/l$, седиментација 124 mm/h . Аспират коштане сржи показао снижену целуларност, присуство мегакариоцита и претходника еритроцитне лозе, без знакова дисплазије и јако ретке претходнике и зреле елементе гранулоцитне лозе. Рендген плућа и срца: уредан. ЕХО абдомена: уредан. Болесница је на одељењу лечена антибиотицима, рехидрионим растворима, антипиретицима, а четвртог дана болничког лечења примила је једну ампулу *Filgrastium*-а (гранулоцитни фактор раста). Отпушта се кући афебрилна, са нормалним клиничким налазом осим струме. Консултован је ендокринолог због хипертиреозе и лечење је настављено на Институту за нуклеарну медицину радиоактивним јодом.

Закључак. Агранулоцитоза је генерализована инфекција најтежег облика условљена ишчезавањем гранулоцита (неутрофила) из крви. Јавља се при поновљеном уношењу лека, понекад код особа које су дуго узимале лек. Лабораторијски преглед периферне крви је први корак ка дијагнози. Рано постављена дијагноза и започето лечење су од виталног значаја за пацијенте, јер је смртност и даље врло висока.

Кључне речи: лекови, агранулоцитоза, лабораторијске анализе

Литература

1. Манојловић Д. *Интерна медицина* – III допуњено издање. Београд, 2003.

73. НАЈЧЕШЋЕ ПРОПИСИВАНИ АНТИХИПЕРТЕНЗИТИВНИ ЛЕКОВИ

Слађана Митић, Слађана Аранђеловић, Невена Симовић Гордана Станковић
Дом здравља "Ниш", Ниш, Србија

Увод. Артеријска хипертензија је најчешћа болест савременог света. Постоје две групе фактора који доводе до ове болести: I фактори на које не можемо утицати - генетска предиспозиција, старост, пол и II фактори на које можемо утицати: физичка неактивност, гојазност, неправилна исхрана (повишене вредности глукозе, холестерола и триглицерида у крви), пушење, стрес, конзумирање алкохола. Циљ лечења је да вредност крвног притиска буду $<120/80 \text{ mm Hg}$ како би се спречиле компликације ове болести.

Циљ рада. Утврђивање групе антихипертензивних лекова који се најчешће прописују у одринацији изабраног лекара.

Метод. Методом случајног избора картона пацијената који болују од артеријске хипертензије, обрађено је 70 пацијената у периоду јануар – децембар 2011. год. у З.С. „Р. Павловић“ Дом здравља Ниш.

Резултати. Од 70 обрађених пацијената биле су 42 (60%) жене, просечне старости 62,5 год. и дужине лечења 7,5 год. и 28 (40%) мушкараца, просечне старости 64,8 год. и дужине лечења 5,8 год. Изоловану хипертензију има 12 (28,5%) жена и 7 (25%) мушкараца. Од антихипертензивних лекова највише су прописивани АСЕ инхибитори 55 (78,5%), диуретици 38 (54,3%), β блокатори 27 (38,5%), калцијумови блокатори 26 (37,1%) и АТI блокатори 8 (11,4%). Комбиновану Th (2 или више лекова) има 31 (44,3%) пацијент. Ангину пекторис има 43 (61,4%), инфаркт миокарда 10 (14,2%) и хируршке интервенције на КС срца 8 (11,4%) пацијената. Респираторне болестима има 26 (37,1%), дијабетес мелитус 28 (40%), дислипидемију 28 (40%) а болести штитасте жлезде има 9 (21,4%) пацијената.

Закључак. Најчешће прописивана група антихипертензивних лекова су АСЕ инхибитори 55 (78,5%). У Th се често користи и комбинација 2 или више лекова 31 (44,3%). Значај раног откривања и лечење артеријске хипертензије је вишеструка, нарочито у превенцији осталих кардиоваскуларних болести. Превентивни рад изабраног лекара има велику улогу у едукацији пацијената.

Кључне речи: Антихипертензивни лекови, АСЕ инхибитори, β блокатори, калцијумови блокатори, диуретици, дијабетес мелитус, дислипидемија

76 . КАРДИОВАСКУЛАРНЕ БОЛЕСТИ КОД ВАТРОГАСАЦА

Светлана Кековић, Савица Мићковић

Дом здравља "Подгорица", Подгорица, Црна Гора

Увод. Кардиоваскуларне болести су болести срца и крвних судова. Према клиничким манифестацијама КВБ се могу поделити на оне које захватају срце и коронарне крвне судове - коронарна (исхемијска) болест, мозак и мождане крвне судове (цереброваскуларне болести) и доње екстремитете - оклузивне болести периферних крвних судова. У основи свих ових болести су атеросклеротичне промене. Данас се говори о епидемији кардиоваскуларних болести. Према подацима Светске здравствене организације (СЗО) кардиоваскуларне болести су водећи узрок превремене смрти у Европи и свету од којих годишње умире 17 милиона људи. Кардиоваскуларне болести скраћују просечни век човека за 10 година. Ова обољења су најчешћи узрок смањења или губитка радне способности запослених. Епидемиолошке студије рађене последњих 10 година, показују да су кардиоваскуларне болести биле узрок губитка радне способности код 30% до 35% превремено пензионисаних особа. При том су артеријска хипертензија, исхемијска болест срца, урођене и стечене срчане мане, срчане аритмије, оклузија аорте и периферних артерија и кардиомиопатије били најчешћи узроци инвалидности.

Циљ рада. Анализа појаве различитих кардиоваскуларних болести код испитиваних ватрогасаца.

Метод. Коришћен је епидемиолошки ретроспективни метод. Анализирани су резултати периодичних прегледа 105 ватрогасаца запослених у Служби, заштите и спасавања. Прегледи су обављени током 2011. године. Коришћен је метод аналитичке статистике – анализа процентима.

Резултати. Од укупно 105 прегледаних радника, 37 (35,2%) има различита кардиоваскуларна обољења. Највећи број испитаника болује од артеријске хипертензије 21 (20%), затим од варикозитета на доњим екстремитетима 14 (13,3%), синусне брадикардије 3 (2,8%) испитаних, удружену артеријску хипертензију и проширене вене на доњим екстремитетима имало је 2 (1,9%) испитаних ватрогасаца и код 1 (0,95%) је регистрован *viciium aortae*. Анализом заступљености кардиоваскуларних болести у односу на старост испитаника, утврђено је да је највише оболелих у најстаријој групи од 50 до 59 година 12 (11,4%), затим у групи од 40 до 49 година (8,6%), затим у групи од 30 до 39 година 4 (3,8%), док је најмање оболелих у најмлађој групи од 20 до 29 година 2 (1,9%).

Закључак. Артеријска хипертензија је најзаступљеније обољење код испитиваних ватрогасаца – 21 (20%), што је у корелацији са подацима у општој популацији код нас и у свету. На другом месту по учесталости су варикозитети на доњим екстремитетима 14 (13,3%). Учесталост кардиоваскуларних болести расте са годинама живота испитаника. Кардиоваскуларна обољења у радноактивној популацији имају вишеструки значај, јер су чест разлог лимитиране радне способности па чак и инвалидности.

Кључне речи: кардиоваскуларне болести, артеријска хипертензија.

Литература

1. Ђорђевић СБ. *Болести кардиоваскуларног система*. У: Стефановић С (ур.) Интерна медицина, Медицинска књига Београд-Загреб 1985;стр. 201-455.
2. Павловић МЖ. *Оцењивање радне способности оболелих од најчешћих кардиоваскуларних обољења*. У: Павловић МЖ, Видаковић А (ур.). Оцењивање радне способности. Лазаревац, Elvod-print, 2003;стр. 319-336.

78. ПРЕХОСПИТАЛНО ЗБРИЊАВАЊЕ ПАЦИЈЕНТА СА АИМ БЕЗ ТЕНЗИЈЕ

Миодраг Бранковић

Завод за хитну медицинску помоћ, Ниш, Србија

Увод. Акутни инфаркт миокарда (АИМ) је облик коронарне болести срца који настаје услед оклузије коронарних артерија формираним тромбом. Као резултат ових промена долази до функционалних промена а затим и до трајног губитка срчаног ткива. АИМ је честа и ургентна болест са потенцијално лошом прогнозом и пре него што болесник дође до лекара. Инсулин зависни пацијенти, због природе основне болести, врло често немају типичну клиничку слику која би указивала на могуће исхемичне промене.

Циљ рада. Указати на значај правовременог и адекватног збрињавања пацијента са АИМ без тензије на коначан исход болести.

Метод. Ретроспективна анализа лекарског извештаја екипе ХМП као и медицинске документације клинике за кардиологију.

Резултати (приказ случаја). Екипи ХМП предат је позив као трећи ред хитности „мучнина и презнојавање“ за пацијенткињу која се налазила на сеоском подручју града. Екипа на задатој адреси затиче пацијенткињу старости 60 год. у лежећем положају, која се у тренутку узимања анамнестичких података жали на осећај мучнине, поспаности, малаксалости и хладног презнојавања. Наводи да је сат времена пре доласка екипе ХМП изненада пала у соби. Прелиминарним прегледом констатује се немерљива вредност TA уз повишене вредности шећера ($13,7 \text{ mmol/l}$) са нечујним срчаним тоновима. У даљем току прехоспиталне дијагностике, приступа се ЕКГ запису на коме се уочавају промене које одговарају АИМ дијафрагмално-постериорне локализације са захватањем десне коморе. Збрињавање пацијенткиње у датом моменту захтевало је што хитније отварање венске линије и апликовање антиагрегационе и антикоагулантне терапије, али и адекватну надокнаду течности. Током транспорта пацијенткиња је постављена у Транделебургов положај и уз континуирану кисеоничку терапију и мониторинг превезена до Клинике за кардиологију, где је третирана перкутаном ангиопластиком. Отпуштена након 5 дана болничког лечења, уз препоруку рехабилитације у Нишкој Бањи.

Закључак. АИМ погађа човека на сваком месту његове активности. Задатак теренске екипе службе ХМП у оваквим ситуацијама је да коригује виталне функције, започне дијагностички процес и примени одговарајућу терапију, чиме се може редуковати величина инфаркта и предупредити могуће компликације али и смањити хоспитални морталитет и побољшати прогноза болести.

Кључне речи: акутни инфаркт миокарда, немерљива тензија, прехоспитални третман

Литература

1. Zeller M, Verges B, L'Huillier I, Brun JM, Cottin Y. *Glycemia in acute coronary syndromes*. Diabetes Metab 2006;32 Spec No2:2S42-47.
2. Cao JJ, Hudson M, Jankowski M, Whitehouse F, Weaver WD. *Relation of chronic and acute glycemic control on mortality in acute myocardial infarction with diabetes mellitus*. Am J Cardiol 2005;96(2):183-186.
3. Wong VW, Ross DL, Park K, Boyages SC, Cheung NW. *Hyperglycemia: still an important predictor of adverse outcomes following AMI in the reperfusion era*. Diabetes Res Clin Pract 2004;64(2):85-9.

79. УЧЕСТАЛОСТ ОСТЕОПОРОТИЧНИХ ПРЕЛОМА У ОДНОСУ НА СТАРОСНО ДОБА ИСПИТАНИКА

*Јелена Звекић-Сворцан, Кармела Филиповић, Биљана Васић,
Бранислава Станимиров*, Златка Марков**

Специјална болница за реуматске болести, Нови Сад, Србија

*Дом здравља "Нови Сад, Нови Сад, Србија

Увод. Остеопороза је генерализовано метаболичко обољење костију, које се карактерише смањеном чврстином кости услед чега расте предиспозиција за прелом кости. Особа која је једном доживела прелом има и до седам пута већи ризик за наредни прелом, у односу на особу која до тада није имала прелом кости. Остеопоротични прелом се дефинише као "прелом на малу трауму" или "спонтани прелом".

Циљ рада. Утврдити учесталост остеопоротичних прелома у односу на минералну коштану густину и старосно доба пацијената.

Метод. Проспективна анализа је обухватила 1.300 пацијената, 96% (1.245/1.300) жена и 4% (55/1.300) мушкараца, старости од 40 до 80 год., којима је рађен остеодензитометријски преглед у Специјалној болници за реуматске болести у Новом Саду 2011. године. Свим пацијентима је мерена минерална коштана густина, која је изражена у стандардним девијацијама (СД), тј. T скору и представља дијагностички критеријум за остеопорозу. Нормалан налаз одговара вредностима T скору унутар 1 СД, остеопенија одговара T скору између -1 и -2,5 СД, а остеопороза T скору мањем од -2,5 СД. Места мерења су били лумбални део кичменог стуба и кук. Сви испитаници су били испитивани о претходно претрпљеним преломима на малу трауму. У статистичкој обради података коришћен је Бонлинк програм.

Резултати. Остеопорозу је имало 16% (208/1.300) пацијената, остеопенију 67% (871/1.300), а нормалан налаз T скору је имало 17% (221/1.300) испитаника. Посматрајући просечно старосно доба по интервалима T скору кука и кичме, уредан налаз T скору су имали нешто млађи испитаници, просечне старости 61,5 год., остеопенију пацијенти с просеком 63 год, а T скор на нивоу остеопорозе пацијенти просечне старости 68 год. Прелом на малу трауму је имало 35% (452/1.300) испитаника. Учесталост прелома према старосном добу: прва група испитаника, која је припадала категорији од 40 до 50 год. имала је 3% (15/452) прелома, друга група од 51 до 60 год. имала је 23% (102/452) прелома, трећа група од 61 до 70 год. имала је 39% (176/452) фрактура и четврта група од 71 до 80 год. имала је 35% (159/452) прелома на малу трауму.

Закључак. Остеопороза компликована преломима чешћа је код особа старијег доба и смањене минералне коштане густине. Потребно је усмерити пажњу на проналажење других клиничких фактора ризика који могу бити одговорни за настанак остеопорозе и остеопоротичних прелома, како би се поставила рана дијагноза остеопорозе и тако превенирали остеопоротични преломи.

Кључне речи: остеопоротични преломи, минерална коштана густина, старосно доба

Литература

1. Филиповић Н. *Да ли знамо шта је остеопороза и када је треба лечити?* Дијагностика и лечење остеопорозе. Балнеоклиматологија 2011;3):7-12.
2. Босић-Живановић Д, Марков З. *Фактори ризика у вези са смањењем коштане густине.* Општа медицина 2011; 17(1-2):28-35.
3. McClung MR. *The relationship between bone mineral density and fracture risk.* Curr Osteopor Res 2005;3(2):57-63.

4. Old J, Calvert M. *Vertebral compression fractures in the elderly*. Am Fam Physician 2004;69(1):111-116.
5. *Clinician's Guide to Prevent and Treatment of Osteoporosis*. National Osteoporosis Foundation. Washington, 2010.

81. ПРАЋЕЊЕ УЧЕСТАЛОСТИ ПОЈАВЕ АКУТНОГ КОРОНАРНОГ СИНДРОМА КОД ДИЈАБЕТИЧАРА

Виолета Цонић Јоцић, Александра Јокић, Биљана Петровић
Дом здравља "Смедерево", Смедерево, Србија

Увод. Дијабетес мелитус је један од фактора ризика за настанак атеросклерозе, а она је у основи акутног коронарног синдрома. Акутни коронарни синдром подразумева спектар стања који укључује нестабилну ангину, инфаркт миокарда без *ST* елевације (*NSTEMI*) и инфаркт миокарда са *ST* елевацијом од (*STEMI*) на ЕКГ.

Циљ рада. Утврдити учесталост акутног коронарног синдрома код дијабетичара.

Метод. Истраживањем је обухваћено 47 пацијената, мушкараца и жена, од 42 до 79 година живота, којима је дијагностикован акутни коронарни синдром. Истраживање је трајало шест месеци. Резултати су добијени увидом у пацијентову медицинску документацију, здравствени картон и отпусне листе са интерног одељења.

Резултати. У шестомесечном периоду лечено је 47 пацијената са акутним коронарним синдромом, од чега 32 (80,8%) мушкараца и 9 (19,2%) жена просечне старости 60,5 година. Од укупног броја, 28 је имало акутни инфаркт миокарда различите локализације, а 19 нестабилну ангину. Повишене вредности гликемије је у тренутку хоспитализације у Коронарној јединици имало 40 (85,1%) болесника, од тога је 29 (61,7%) имало од раније верификовани дијабетес мелитус; 19 болесника су били инсулин независни, а 10 инсулин зависни. У даљој контроли гликемије, код 4 (10%) пацијента су вредности гликемије нормализоване. Код дијабетичара је морталитет био већи и износио је 6%.

Закључак. Акутни коронарни синдром као метаболички феномен у чијем настанку учествује више фактора, далеко је чешћи код дијабетичара него код особа са нормалним вредностима гликемије.

Кључне речи: акутни коронарни синдром, дијабетес

Литература

1. Van de Werf F, Ardissino D. *Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevatio*. The Task Force on the Management of Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2010;24:28-66
2. Lindemann S, Tolley ND, et al. *Atherosclerosis et diabetes mellitus*. Baltimore: Wiliama Wilkins, 2011;93-174.
3. Patrono C. *Aspirin as an antiplatelet drug*. N Engl J Med 2009;330:1287-94

82. РАК МОКРАЋНЕ БЕШИКЕ - ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

Весна Павловић, Лидија Вучковић Харди
Дом здравља "Суботица", Суботица, Србија
Општа болница, Суботица, Србија

Увод. Рак мокраћне бешике је најчешћи примарни карцином мокраћног тракта. Уротелни карцином (*carcinoma transitiocellulare*) је заступљен у 90% случајева. Настаје већином код особа старијих од 50 година. По конфигурацији може бити папиларни и солидни. Подељењи су и у смислу градуса и инвазивности. Први степен (G1) је ниског степена малигног потенцијала, али може рецидивирати и прогредирати у мање диферентован облик. Безболна хематурија је најчешћи први симптом који спонтано престаје, али се убрзо опет јавља. Може бити удружен са симптомима и знацима уринарне инфекције.

Циљ рада. Скретање пажње на ово обољење и опис случаја ране дијагнозе.

Метод. Подаци су прикупљени на основу анамнезе, клиничког прегледа и увида у медицинску документацију.

Приказ случаја. Б.Р. женског пола, 72 године, у октобру 2011. год. долази у ординацију са симптомима респираторне инфекције. Доноси налазе лабораторијских анализа за које је добила упут због циркулаторних сметњи. *SE* 34; *AST* 33 (до 31); *Hb* 140; урин седимент: ретко бактерије, еритроцити 2-3. Због сумње на присуство фокуса упућена на ултразвук горњег и доњег абдомена, који се обавља након четири месеца. При ултразвучном прегледу уочава се једна округласта мекоткивна промена, која проминира у лумен мокраћне бешике промера 11 *mm*. Уролог обавља цистоскопски преглед мокраћне бешике, где се описује трабекуларно измењена слузница, спуштен тригонум, а на десном латералном зиду туморска пролиферација кратких ројти, уже базе, око 15 *mm*, без измењене околине. Поставља се дијагноза тумора мокраћне бешике и у марту 2012. се обавља трансуретрална ресекција. На патохистолошком налазу описује се: *Carcinoma transitiocellulare papillare G1*. Мишићни слој није нађен.

Закључак. Симптоми нису указивали на обољење уринарног тракта, а у седименту урина је била присутна само незнатна микрохематурија. Одсуство симптома не значи и одсуство малигног обољења, што се и овим случајем потврђује.

Кључне речи: рак мокраћне бешике, рана дијагноза, одсуство симптома

83. УЧЕСТАЛОСТ КОНИЗАЦИЈА НА ГИНЕКОЛОШКОМ ОДЈЕЉЕЊУ ОБ “СВЕТИ АПОСТОЛ ЛУКА” ДОБОЈ

Радивоје Катанић, Јадранка Ђурановић-Миличић
Општа болница "Свети Апостол Лука", Добој, БиХ

Увод. Конизација грлића материце је вагинална операција, која се спроводи након циљане биопсије у дијагностичке и терапијске сврхе код премалигних лезија на грлићу материце.

Циљ рада. Утврдити заступљеност конизација грлића материце у односу на укупан број оперативних захвата на нашем одјељењу и корелацију патохистолошких налаза након циљане биопсије и конизације грлића материце.

Метод. Истраживање је проведено у Општој болници „Свети Апостол Лука“ у Добоју на гинеколошком одјељењу у периоду од 01.01.2009. до 31.12.2011. године. Истраживањем је обухваћено 106 пацијенткиња, којима је у том периоду на овом одјељењу урађена конизација грлића материце након циљаном биопсијом верификованих премалигних лезија. Подаци су коришћени из оперативног протокола и историја болести гинеколошког одјељења ОБ “Свети Апостол Лука” Добој и из архиве Службе за патоанатомију. Пацијенткиње су разврстане према животном добу и патохистолошким налазима.

Резултати. У периоду од 01.01.2009. до 31.12.2011. године на Гинеколошком одјељењу ОБ “Свети Апостол Лука” у Добоју од укупног броја оперисаних (2002), конизација је урађена код 106 (5,29%) пацијенткиња. У испитиваном узорк, пацијенткиње репродуктивног доба биле су заступљене са 74,49%, у перименопаузи са 21,79%, а у постменопаузи са 8,49%. Највећи број конизација је био 2009. године, 6,24%, а најмањи 2011. године 4,08%. Због *CIN I (cervikalna intraepitelna lezija)* конизација је урађена код 2, а због *CIN II* и *CIN III/CIS (carcinoma in situ)* подједнако код 52 пацијенткиње. Након циљане биопсије патохистолошки налази су потврђени код 76,42%, промјене нижег степена су добијене код 7,55%, а вишег код 16,03% пацијенткиња. Код 87,74% пацијенткиња конизација је била уједна и терапијска, док је код 12,26% било неопходно након конизације урадити и тоталну абдоминалну хистеректомију.

Закључак. Дијагностичка конизација грлића материце на гинеколошком одјељењу добојске болнице у периоду од 01.01.2009. до 31.12.2011. године заступљена је са 5,29%. Најзаступљеније су биле пацијенткиње у репродуктивном добу са 74,49%. Код 87,74% пацијенткиња конизација је уједно била и терапијска, што је значајно, јер нам је уз терапију циљ био и очување функције материнства код жена репродуктивног доба. Није добијена статистички значајна разлика између патохистолошких налаза након циљане биопсије и конизације.

Кључне ријечи: грлић материце, *CIN*, конизација

Литература:

1. American Cancer Society. *Cancer Facts and Figures*. Atlanta, Ga:American Cancer Society, Last accessed. October 2002;11:2002.
2. Linos A, Riza E, Van Ballegooijen M. *Introduction: cervical cancer screening*. Eur J Cancer, 2000;36:2175-6.
3. Linos A, Rize E. *Comparisons of cervical cancer screening programmes in the European Union*. Eur J Cancer, 2000 ;36:2260-5.
4. Anttila A, Nieminen P. *Cervical cancer screening programme in Finland*. Eur J Cancer, 2000;36:2209-14.

84. УЧЕСТАЛОСТ ХИСТЕРЕКТОМИЈА ЗБОГ ЛЕИОМИОМА МАТЕРИЦЕ КОД ЖЕНА РЕПРОДУКТИВНОГ ДОБА

Радивоје Катанић, Јадранка Ђурановић-Миличић
Општа болница "Свети Апостол Лука", Добој

Увод. Леиомиоми утеруса су бенигни, добро ограничени тумори миометријума. Учесталост леиомиома утеруса расте почевши од 20. до 40. године живота. Хистеректомија због леиомиома утеруса се ради код 10% до 15% жена између 25. и 64. године живота. Инциденција хистеректомија због леиомиома утеруса достиже максимум око 45. године живота.

Циљ рада. Утврдити учесталост абдоминалних хистеректомија због леиомиома утеруса код жена репродуктивног доба.

Метод. Истраживање је проведено у Општој болници „Свети Апостол Лука“ у Добоју на Гинеколошком одјељењу у периоду од 01.01.2009. до 31.12.2011. године. Истраживањем је обухваћено 307 пацијенткиња, које су у испитавном периоду оперисане на нашем одјељењу због леиомиома утеруса. Подаци су коришћени из оперативног протокола и историја болести Гинеколошко одјељења ОБ “Свети Апостол Лука“ у Добоју и из архиве Службе за патоанатомију. Пацијенткиње су разврстане према животном добу и врсти оперативног захвата.

Резултати. У периоду од 01.01.2009. до 31.12.2011. године на Гинеколошком одјељењу ОБ “Свети Апостол Лука“ у Добоју, од укупног броја оперисаних (2002) абдоминална хистеректомија због леиомиома утеруса је урађена код 307 пацијенткиња између 25. и 64. године живота. Учесталост хистеректомија због леиомиома износи 15,33%, што одговара подацима из литературе. Пацијенткиње репродуктивног доба у испитиваном узорку биле су заступљене са 40,71%, а у перименопаузи са 51,46%, док је у постменопаузи било 7,81%. Код 6,51% пацијенткиња репродуктивног доба урађена је миомектомија, што је сачувало функцију материнства.

Закључак. Учесталост хистеректомија због леиомиома утеруса код жена између 25. и 64. године живота износи 15,33%, што одговара подацима из литературе; 51,46% оперисаних жена је било у перименопаузи, што одговара подацима из литературе. Међу оперисаним, жене репродуктивног доба су биле заступљене са 40,71% код којих је урађена хистеректомија, а код 6,51% пацијенткиња репродуктивног доба урађена је миомектомија и сачувана функција материнства.

Кључне ријечи: утерус, леиомиоми, хистеректомија

Литература

1. Јовановић-Тајфл С, Врзић С. *Бенигни тумори утеруса*. У: Петковић С. Гинекологија. *Elit-Medica*, Београд, 2004; стр. 393-401.
2. Petković S. *Myometrium*. У: Petković S. Гинекологија. *Elit-Medica*, Београд, 2004; стр. 864-873.
3. Cramer WP, Patel D. *The frequency of uterine leiomyomas*. *Am J Clin Pathol* 1990;94:435-438.
4. Hutchins FL. *Abdominal myomectomy as a treatment for symptomatic uterine fibroids*. *Obstet and Gynecol Clin of North Am* 1995; 22: 781-789.
5. Радоњић-Лазовић Г. *Миоми и инфертилитет*. У: Петковић С. Гинекологија. *Elit-Medica*, Београд, 2004, 279.

85. ПОНАВЉАНЕ ХОСПИТАЛИЗАЦИЈЕ БОЛЕСНИКА СА ХРОНИЧНОМ РЕСПИРАТОРНОМ ИНСУФИЦИЈЕНЦИЈОМ

Верољуб Вучић

Дом здравља "Трстеник", Трстеник, Србија

Увод. Респираторна инсуфицијенција је болесно стање које настаје као последица неспособности дисајног прибора да одржава нормалну размену респирацијских гасова између спољног ваздуха и циркулишуће крви.

Циљ рада. Анализирани су одређени подаци из медицинске документације у којој треба да се сагледа колика је учесталост хоспитализација болесника са тешком респираторном инсуфицијенцијом на Грудном одељењу Медицинског центра у Крушевцу.

Метод. Испитивањем је обухваћено 413 историја болести од 43 болесника са хроничном респираторном инсуфицијенцијом, који су имали пет и више пријема или 100 и више дана болничког лечења у току једне године. За анализу смо користили учесталост и дужину појединих хоспитализација, узроке који су довели до респираторне инсуфицијенције, параметре функционих поремећаја, и кардиоваскуларне компликације и придружене болести срца.

Резултати. Дужина болничког лечења била је знатно већа у просеку око 23 дана у односу на општи просек на Грудном одељењу, који је износио око 16 дана. Укупан број болесничких дана остварених по једном болеснику чини једну трећину или 33% у просеку по броју дана у години. Хронична опструктивна болест плућа (ХОБП) је била присутна у свих болесника у 48,8% случајева; ХОБП и бронхијектазије у 25,6% и ХОБП удружен са плеуро-плућном фиброзом и ресекцијом у 25,6% случајева. Гојазност је била присутна у 9,3% и миокардиопатија са 25,6% случајева. Уочена је изразита сниженост вентилацијског капацитета са наглашеним елементима опструкције. Знатна реверзибилност уочава се у налазима PO_2 и PCO_2 артеријске крви у око 88% случајева. Најчешћи облик респираторне инсуфицијенције је био *cor pulmonale* и то у 79% случајева од укупно 34 болесника. Скоро половина испитиваних болесника била је старија од 60 година.

Закључак. Болесници са хроничном респираторном инсуфицијенцијом захтевају честу хоспитализацију, што доводи до смањења радне способности, до материјалних трошкова, и умањују квалитет живота. Стога је потребно да их адекватно лечимо и предузимамо одговарајуће превентивне мере.

Кључне речи: медицинска документација, респираторна инсуфицијенција, понављане хоспитализације

Литература

1. Chen B, Guber A, Marom Z. *Advance longterm oxygen therapy*. RT International 1996;4:55-60.
2. Tznakis N, Mitrouska I, Siafakis NM. *Oxygen therapy in chronic pulmonary disease*. European Respiratory Monograph 1998;3:169-179.
3. Burk R, Georg R. *Acute Respiratory Failure in Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Arch. Intern. Med. 1973;132:865.
4. Миладиновић Д. *Фармакотерапија хроничне респираторне инсуфицијенције и хроничног плућног срца*. У: Варагић В, Стевановић М. Фармакотерапија у пулмологији. *Elit Medica*, Београд 1998;стр.407-423.
5. Davis HL. *Acute respiratory insufficiency*. Adv Intern. Med. 1970;48:477.

86. ВРЕДНОСТИ ХОЛЕСТЕРОЛА И ТРИГЛИЦЕРИДА У УСЛОВНО ЗДРАВОЈ ПОПУЛАЦИЈИ

Светлана Петровић, Снјежана Реновчевић-Богдановић
Дом здравља "Крушевац", Крушевац, Србија

Увод. Повећан ниво укупног холестерола у серуму и повећан ниво триглицерида представљају важан фактор ризика за појаву кардиоваскуларних болести (КВБ). Ипак, ниво холестерола сам по себи је недовољан за предвиђање ризика. Да бисмо смањили ризик за појаву КВБ важно је смањити ниво *LDL* холестерола и повећати ниво *HDL* холестерола. Такође је важно смањити ниво триглицерида, јер липопротеини богати триглицеридима доводе до убрзане атеросклерозе и предиспонирају КВБ.

Циљ рада. Утврдити да ли популација која себе сматра здравом има повишене вредности холестерола и триглицерида.

Метод. Увид у здравствене картоне пацијената код којих су обављени превентивни прегледи у периоду јун–децембар 2010 .у Дому здравља "Крушевац".

Резултати. Истраживањем је обухваћено 157 испитаника старости 19-65 година, 91 (58%) жена и 66 (42%) мушкараца. Просечна старост испитаника је $46,28 \pm 12,28$ год. Није било статистички значајне разлике у старосном добу жена ($46,64 \pm 11,87$) и мушкараца ($45,79 \pm 12,79$). Од укупног броја испитаника, 51,60% (33 мушкарца и 48 жена) има пожељне вредности триглицерида ($Trg < 1,70 \text{ mmol/l}$); гранично високе ($Trg = 1,70 - 2,29 \text{ mmol/l}$) има 19,70% (8 мушкараца и 23 жене), док високо ризичне вредности ($Trg \geq 2,30 \text{ mmol/l}$) има 28,70% (25 мушкараца и 20 жена). Мушкарци имају нешто веће вредности триглицерида ($2,54 \pm 1,64 \text{ mmol/l}$) у односу на жене ($2,15 \pm 1,33 \text{ mmol/l}$), али ова разлика нема статистичког значаја. Пожељне вредности холестерола ($Hol < 5,20 \text{ mmol/l}$) има 34,35% (26 мушкараца и 28 жена); гранично високе ($Hol = 5,20 - 6,18 \text{ mmol/l}$) има 35,05% (22 мушкарца и 33 жене), док високо ризичне вредности ($Hol \geq 6,20 \text{ mmol/l}$) има 30,60% (18 мушкараца и 30 жена). Просечна вредност холестерола је $5,84 \pm 1,3 \text{ mmol/l}$. Жене имају нешто веће вредности холестерола ($5,93 \pm 1,3$) у односу на мушкарце ($5,72 \pm 1,27$) и ова разлика нема статистички значај. **Закључак.** При превентивним прегледима условно здраве популације открили смо повишене вредности холестерола и триглицерида, односно открили смо један од фактора ризика за појаву пре свега кардиоваскуларних болести. Изабраном лекару и пацијентима саветујемо редовно обављање превентивних прегледа, јер ће се на тај начин открити бројни фактори ризика, а затим одговарајућим превентивним мерама смањити ризик за појаву многих болести.

Кључне речи: холестерол, триглицериди, условно здрава популација

Литература

1. Републичка стручна комисија за израду и имплантацију водича у клиничкој пракси. *Превенција кардиоваскуларних болести*. Национални водич за лекаре у примарној здравственој заштити. Министарство здравља Републике Србије, Српско лекарско друштво, новембар 2005.
2. Жигић Д. и сар. *Опита медицина* – треће допуњено издање, Београд, 2000;264-289.
3. Жигић Д. и сар. *Фактори ризика и хронична незаразна обољења*. Београд, 1988;стр. 79-90.

92. КО ЈЕ У ВЕЋЕМ РИЗИКУ ЗА НАСТАНАК ХРОНИЧНИХ БОЛЕСТИ: ЖЕНЕ ИЛИ МУШКАРЦИ?

Биљана Цимбаљевић, Нада Вукадиновић, Светлана Петровић
Дом здравља "Крушевац", Крушевац, Србија

Циљ рада. Да ли постоји значајна разлика у вредностима фактора ризика (ФР) за настанак ХНО између жена и мушкараца и да ли се ове вредности повећавају са годинама?

Метод. Испитивање је извршено у Дому здравља "Крушевац" коришћењем података превентивних прегледа пацијената. Пацијенти су стратификовани према полу и годинама, подељени у четири групе. Добијени подаци су статистички обрађени и тестирани (просек, СД, t -тест, χ^2 -тест).

Резултати. Испитивањем је обухваћено по 80 жена и мушкараца старости 19-65 година. Разматрани су уобичајени фактори ризика: *BMI*, систолни (СТА) и дијастолни (ДТА) притисак, ниво гликемије, холестерола, триглицерида, физичка активност, пушење. Мушкарци су у свим добним групама имали више вредности *BMI*, али је у групи 19-34 године ова разлика ($21,07 \pm 2,68 \text{ kg/m}^2$ жене, $25,94 \pm 5,29 \text{ kg/m}^2$ мушкарци) високо статистички значајна ($t=3,37$; $p<0,001$), а у групи 35-44 године, разлика ($24,06 \pm 4,41 \text{ kg/m}^2$ жене, $27,23 \pm 4,14 \text{ kg/m}^2$ мушкарци) је статистички значајна ($t=2,06$; $p>0,01$). Разлика у висини СТА ($101,47 \pm 8 \text{ mm Hg}$ жене, $122,35 \pm 15,08 \text{ mm Hg}$ мушкарци) у групи 19-34 године је високо статистички значајна ($t=5,05$; $p<0,001$). У другим групама, упркос расту СТА с годинама, ове разлике нису статистички значајне. Постоји статистичка значајност у висини СТА између полова ($117,62 \pm 24,05 \text{ mm Hg}$ жене, $125,5 \pm 16,9 \text{ mm Hg}$ мушкарци): $t=2,4$; $p>0,01$. Високо статистички значајна разлика у висини ДТА постоји у групи 19-34 године ($64,7 \pm 5,8 \text{ mm Hg}$ жене, $77,35 \pm 10,01 \text{ mm Hg}$ мушкарци; $t=4,52$; $p<0,001$). Иако ДТА расте с годинама, у другим добним групама не постоји статистички значајна разлика, осим у укупном узорку ($73,94 \pm 10,17 \text{ mm Hg}$ жене, $79,5 \pm 10,17 \text{ mm Hg}$ мушкарци) и она је високо статистички значајна: $t=7,72$; $p<0,001$). Статистички значајна разлика постоји у висини нивоа гликемије у групи 19-34 године ($4,18 \pm 0,44 \text{ mmol/l}$ жене, $4,63 \pm 0,4 \text{ mmol/l}$ мушкарци): $t=3,125$; $p<0,01$). Ниво гликемије расте с годинама, али разлике међу половима нису статистички значајне. Ниво холестерола расте с годинама, нешто је виши код жена (жене $5,1 \pm 0,96 \text{ mmol/l}$, мушкарци $4,87 \pm 1,03 \text{ mmol/l}$), али ни у једној групи разлика нема статистичку значајност. Ниво триглицерида расте с годинама, виши је код мушкараца, и ова разлика је статистички значајна (жене $1,44 \pm 0,81 \text{ mmol/l}$, $1,83 \pm 1,1 \text{ mmol/l}$ мушкарци): $t=2,5$; $p>0,01$. Непушача је 60% међу оба пола. Физички је активно 76,25% жена и 77,5% мушкараца.

Закључак. Вредности нивоа посматраних параметара ФР расту с годинама. Разлика међу половима постоји, нарочито у групи 19-34 године, где су разлике статистички значајне, али се са старењем разлике изједначавају.

Кључне речи: фактори ризика, хроничне болести, разлика, полови

Литература

1. Жигић Д. и сар. *Фактори ризика и хронична незаразна обољења*. Методолошко упутство, Секција опште медицине СЛД, Београд, 1998.
2. РСК: Национални водич за лекаре у ПЗЗ. *Превенција дијабетеса тип 2*, Министарство здравља Републике Србије, *EPOS, EAR*, 2005.

3. РСК: Национални водич за лекаре у ПЗЗ. *Артеријска хипертензија*. Министарство здравља Републике Србије, *EPOS, EAR*, 2005.
4. РСК: Национални водич за лекаре у ПЗЗ. *Превенција кардиоваскуларних болести*. Министарство здравља Републике Србије, *EPOS, EAR*, 2005.

93. УТИЦАЈ ТЕРАПИЈЕ БИСФОСФОНАТИМА НА ГУСТИНУ КОШТАНЕ МАСЕ

Мирослава Шешић-Добrkовић, Александра Јанковић, Стефан Корица*

Дом здравља "Шабац", Шабац, Србија

*Клиника за ортопедску хирургију и трауматологију КЦС, Београд, Србија

Увод. Према проценама, око 20% постменопаузалних жена има остеопорозу а око 50% ниску коштану густину. Златни стандард за дијагнозу остеопорозе је *DEXA* (*dual-energy x-ray absorptiometry*). Мерење коштане густине (*DEXA*) омогућава предвиђање ризика за настанак прелома костију. Тест је безболан за болесника и у основи има радиографско испитивање кости. Најчешће се спроводи на куку и лумбалним пршљеновима, местима која представљају типична места за настанак остеопоротичних, семипатолошких прелома. Резултати добијени мерењем се изражавају у облику *T*-скора (одступање од нормалне вредности младе особе у форми стандардне девијације). Светска здравствена организација разликује три категорије вредности *T*: изнад -1 резултат је нормалан, између -1 и -2,5 у питању је остеопенија, док је у случајевима преко -2,5 присутна остеопороза.

Циљ рада. Процена ефикасности терапије за повећање густине костију.

Метод. У овом раду приказујемо серију случајева којима је рађена циљана *DEXA* у два наврата. Између испитивања су добијали одговарајућу терапију бисфосфонатима уколико је било потребе. Сви пацијенти су били без претходних прелома костију. Сви пацијенти су били женског пола, старости од 59 до 73 године (просечно 65,1) са просечном вредношћу *BMI* 28,69 kg/m² (26.03 до 32.43). Просечно време између два мерења је износило 18 месеци (11-35 месеци).

Резултати. На првим снимцима *T*-вредност за кук је износила -1.643 (-2.8 до -1.1) а за лумбалну кичму -2.055 (-2.7 до -0.2). На поновљеним снимцима *T* вредност за кук је износила -1,20 (-2,7 до -0,1) док је за лумбалну кичму резултат за *T* био -1.763 (-2,7 до -0,2). У оба случаја *T*-скорови на куку пацијента су имали вредности у оквиру остеопеније мада је дошло до мањег побољшања. Статистичком анализом смо показали да у ова два мерења не постоји статистички значајна разлика пре и после терапије ($t=2,1$, $p>0,05$). *T*-скорови на лумбалној кичми су и пре и после терапије били у границама остеопеније. Анализом података добили смо да је разлика вредности била високо статистички значајна ($t=3,125$; $p<0,01$) тако да је терапија веома утицала на смањење ризика од настанка остеопоротичних прелома.

Закључак. Са сваком стандардном девијацијом ризик за настанак прелома се удвостручује. Због тога је од изузетне важности рана дијагностика смањења густине костију и адекватна терапија.

Кључне речи: *T*-скор, остеопенија, густина костију, остеопоротични преломи

Литература

Kanis JA, McCloskey EV, Johansson H, Strom O, Borgstrom F, Oden A. *How to decide who to treat*. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2009 Dec;23(6):711-26.
Singer A. *Osteoporosis diagnosis and screening*. Clin Cornerstone. 2006;8(1):9-18.
Duboeuf F, Bauer DC, Chapurlat RD, Dintin JM, Delmas P. *Assessment of vertebral fracture using densitometric morphometry*. J Clin Densitom. 2005 Fall;8(3):362-8.

95. БРОНХОАЛВЕОЛАРНО ИСПИРАЊЕ КОД САРКОИДОЗЕ И ХИПЕРСЕНЗИТИВНОГ ПНЕУМОНИТИСА У ПОРЕЂЕЊУ СА НЕПУШАЧИМА

Верољуб Вучић

Дом здравља "Трстеник", Трстеник, Србија

Увод. Бронхоалвеоларно испирање (BAL) у пулмологији служи за проучавање и дијагностику многих плућних болести. Овим методом добијамо додатне информације о стању у плућном паренхиму.

Циљ рада. Утврдити каква је цитолошка слика BAL-а у болесника са саркоидозом различите активности, као и у болесника са акутним и хроничним хиперсензитивним пнеумонитисом, у поређењу са непушачима, и да ли може цитолошка слика бити од користи за диференцијалну дијагнозу међу овим болестима, као и за њихово утврђивање.

Метод. За групу испитаника узели смо непушаче. У групи је било 12 здравих мушкараца непушача старости $46 \pm 6,6$ година, код којих је извршена бронхоскопија због хроничног кашља, хемоптизија или рендгенске ненормалности. У групи са саркоидозом је било 29 болесника. Дијагнозу смо поставили на основу клиничких, лабораторијских и хистолошких података. На основу клиничких критеријума, болеснике смо поделили на групу са јаче израженом активношћу саркоидозе и на групу са мањом активношћу. Дијагнозу хиперсензитивног пнеумонитиса смо потврдили физикалним прегледом, рендгенском сликом плућа, спирометријским налазом и хистолошким налазом. Бронхоалвеоларно испирање је рађено са флексибилним бронхоскопом. За бројање ћелија коришћена је *Neuber-ова* комора, диференцијална слика добијена размазом седимента испирка која је бојена *May-Grunwald-Giemza*. Резултати су приказани одговарајућим тестовима.

Резултати. Пронађена је разлика између непушача, болесника са акутним хиперсензитивним пнеумонитисом, и између непушача и болесника са врло активном саркоидозом ($p < 0,01$). Међу болесницима са саркоидозом и хиперсензитивним пнеумонитисом по броју ћелија није било разлика. Сви болесници са саркоидозом и хиперсензитивним пнеумонитисом имали су више лимфоцита у поређењу са непушачима. Болесници са активнијом саркоидозом имали су више лимфоцита у поређењу са непушачима. У три болесника са хиперсензитивним пнеумонитисом нађено је 11,24% и 32% полиморфо-нуклеарних леукоцита. Слично њима, један од болесника са хроничним пнеумонитисом имао је 51% ових ћелија. У два болесника са овим обољењем нашли смо 16% и 42% еозинофилних гранулоцита.

Закључак. Болесници са саркоидозом и хиперсензитивним пнеумонитисом имају у BAL-у више ћелија и више лимфоцита, док болесници са активном саркоидозом имају више лимфоцита него они са мањом активношћу. Рутинском цитолошком анализом не можемо раздвојити саркоидозу од хиперсензитивног пнеумонитиса.

Кључне речи: испитаници, хиперсензитивни пнеумонитис, саркоидоза, бронхоалвеоларна лаважа

Литература

1. Baskom R. et al. *Specific bronchoalveolar lavage: IgA antibody in hypersensitive pneumonitis from diphenylmethane diisocyanate.* Am Rev Respir Dis 1985;131:463.
2. Molina C. et al. *La Lavage broncho-alveolare, apport diagnostique et therapeutique.* Rev Med Ther 1981;23:2469-77.
3. Crysyal RG. et al. *Pulmonary sarcoidosis: A disease characterised and perpetuated by activated lung Tymphocytes.* Ann Intern Med 1981;94:73-94.
4. Daniele RP. et al. *Bronchoalveolar lavage: Role in the pathogenesis, diagnosis, and management of interstitial lung disease.* Ann Intern Med 1995;102:93-108.

5. Turner-Warwick MPL. *Haslam: Clinical applicatons of bronchoalveolar lavage: an interim view*. Br J Dis Chest 1986;80:105-21.

96. АНАЛИЗА РАЗЛОГА ЗА ПРИСУСТВО ЛЕКОВА КОЈИ СЕ НЕ КОРИСТЕ У СASTAVУ КУЋНИХ АПОТЕКА

Данијела Мутавић, Драгица Букумирић, Тања Алексић, Горан Трајковић*

Дом здравља "Панчево", Панчево, Србија

*Медицински факултет, Универзитет у Београду, Србија

Увод. Постојање лекова који се не користе у кућним апотекама је од значаја због непотребних трошкова у здравству и потенцијалне неправилне употребе тих лекова.

Циљ рада. Утврдити факторе који доприносе присуству лекова који се не користе у саставу кућних апотека.

Метод. Истраживање је дизајнирано по типу *студије пресека*. Узорак величине 409 испитаника је формиран по типу пригодног узорка од пацијената који су се лечили у Дому здравља "Панчево" у периоду јануар-април 2012. године. У истраживању је коришћен анонимни упитник који обухвата социодемографске варијабле и варијабле које се односе на присуство лекова који се не користе у саставу кућних апотека. Статистичке хипотезе су тестиране на нивоу значајности од 0,05.

Резултати. Од укупног броја испитаника, 126 (30,8%) у саставу кућних апотека има лекове које не користи. Учесталост кућних апотека са лековима који се не користе је статистички значајно већа у сеоској средини у односу на градску (37,6% и 25,4% респективно, $p=0,008$), као и у породицама које имају децу испод 7 година старости у односу на породице које немају децу испод 7 година старости (41,% и 28,3% респективно, $p=0,023$), породицама са већим бројем чланова ($p=0,013$) и код млађих испитаника ($p=0,004$). Друге испитиване социодемографске варијабле (пол, брачни статус, школске спрема) нису повезане са учесталошћу лекова који се не користе у кућним апотекама. Од 126 испитаника који у саставу кућних апотека имају лекове који се не користе, 91,3% зна чему су ти лекови намењени. Такви лекови су у 33,3% случајева прописани од стране лекара, у 26,2% су набављени самоиницијативно, а код преосталих на један и на други начин. Разлог који је наведен зашто се тај лек нашао у кућној апотеци је у 60,8% случајева био самоиницијативни прекид терапије, а у 39,2% због промене терапије од стране лекара.

Закључак. На основу добијених података можемо закључити да је учесталост кућних апотека са лековима који се не користе висока и да је потребно побољшати здравствено васпитање ради смањења ове појаве.

Кључне речи: кућне апотеке, лекови који се не користе

Литература

1. Abahussain EA, Ball DE. *Disposal of unwanted medicines from households in Kuwait*. Pharm World Sci 2007;29(4):368-73.
2. Beirens TM, van Beeck EF, Dekker R, Brug J, Raat H. *Unsafe storage of poisons in homes with toddlers*. Accid Anal Prev 2006;38:772-6.

98. КОНСТАНТНА ТАХИКАРДИЈА ФЕТУСА - ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

Милан Попивоџа, Раичевић Саша, Кљакић Душко**, Попивоџа Златица***

Републички завод за хитну медицинску помоћ, Подгорица, Црна Гора

*Клинички центар Црне Горе, ГАК, Подгорица, Црна Гора

**Општа болница "Бар", Бар, Црна Гора

Увод. Фетална тахикардија са или без повремене аритмије, представља чест налаз приликом рутинских кардиотокографских прегледа у трудноћи. Код случајева са константном тахикардијом у одређеном временском интервалу, захтијева се нарочита опрезност лекара, с обзиром на етиолошку разноликост и увијек наглашену могућност придружене органске болести фетуса.

Циљ рада. Указати на могућност поремећаја фреквенције срчаних откуцаја фетуса, те на најбољи начин реаговања и испитивања дијагностикованог поремећаја у трећем триместру трудноће.

Приказ случаја. Приказујемо случај 28-годишње пацијенткиње, код које смо констатовали константну тахикардију плода у 28. недјељи трудноће. Интензивно је кардиотокографски праћена свакодневно, повремено и више пута, те је сваког пута, без изузетка, била регистрована тахикардија плода од 165-185 откуцаја у минути. Уз тахикардију, нису биле регистроване остале неправилности кардиографског записа. Пацијенткиња је била на вишенедјељној терапији β -симпатикомиметикама, због повремених супконтракција. Додатно ординирао је *Verapamil*. Пошто се тахикардија одржавала, одлучено је да се пацијенткиња упути перинатологу, који је након пажљиве евалуације стања искључио могућност постојања органских промјена код фетуса и утврдио да се ради о тахикардији изазваној медикаментима, што је успјешно санирано, њиховом елиминацијом из терапије.

Дискусија. Фетална тахикардија може имати неколико етиолошких момената, који се морају правилно диференцирати и евентуално одбацити да би се дошло до оптималне дијагнозе. Може се јавити као транзиторна појава, најчешће у случајевима учесталих феталних покрета. Овако настала тахикардија је увијек пролазног карактера и није константна. За разлику од ове врсте убрзања срчаног ритма, тахикардија се може јавити и код инфекције, феталног дистреса, праћеног плацентном инсуфицијенцијом, прееклампсије, те конзумирањем различитих медикамената од стране труднице. Такође, фетална тахиаритмија, нарочито суправентрикуларна тахикардија, може бити узрокована или удружена са органским узроцима као што су кардијачне аномалије фетуса, а у обзир долази и стање на које се прво помисли када се наиђе на овакав проблем – фетална тиреотоксикоза. Перинатолог је обавио све неопходне прегледе, искључио је све поменуте етиолошке моменте, осим медикаментне терапије, те је обустављањем ординирања β -симпатикомиметика дошло до стабилизације срчаног ритма, чиме је проблем успјешно ријешен.

Закључак. Правилном евалуацијом и детаљним клиничким прегледима успјешно је постављена дијагноза код труднице, на чијем се примјеру још једном показало да је сарадња гинеколога из примарног нивоа здравствене заштите и супспецијалиста перинатолога неопходна у рјешавању компликованих случајева из свакодневне праксе.

99. ЗНАЧАЈ САРАДЊЕ ЛЕКАРА НЕСРОДНИХ СПЕЦИЈАЛНОСТИ ИЗ ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ДИЈАГНОСТИКОВАЊУ МАЛИГНИХ БОЛЕСТИ ЖЕНСКИХ ГЕНИТАЛНИХ ОРГАНА

Милан Попивода¹, Саша Раичевић², Душко Кљакић³, Златица Попивода³,

Љиљана Јовићевић⁴

¹Републички завод за хитну медицинску помоћ. Подгорица, Црна Гора

²Клинички центар Црне Горе, ГАК, Подгорица, Црна Гора

³Општа болница Бар, Црна Гора, Гинекологија)

⁴Дом здравља "Бар", Бар, Црна Гора

Увод. Малигни тумори спољних гениталних органа се најчешће откривају у познијем животном добу, када пацијенткиње ретко посјећују гинеколога. Стицајем околности наша пацијенткиња се јавила на преглед интернисти у Дому здравља, због контроле хроничне кардиомиопатије и хипертензије. Интерниста је пажљиво узетом анамнезом открио занемарени, веома малигни тумор спољних гениталних органа (хистопатолошки налаз: *Liposarcoma vulvae*), те пацијенткињу хитно упутио на непланирани гинеколошки преглед.

Циљ рада. Приказати значај сарадње лекара несродних специјалности из примарног нивоа здравствене заштите, у дијагностиковању веома малигних болести женских гениталних органа.

Приказ случаја: Приказујемо случај откривеног ријетког малигног липосаркома малих усана вулве код амбулантног интернистичког пацијента. Код пацијенткиње је након тога спроведено успјешно радикално лијечење. Урађена је радикална вулвектомија са постоперативним зрачењем. Постоперативни ток протекао уредно. Ирадијациона терапија спроведена без већих проблема. Пацијенткиња се успјешно опоравила. Нормално живи годину након операције.

Дискусија. Здравствена непросвијећеност становништва, нередовни прегледи, те занемаривање и прикривање болести, често доводе до одмаклих стадијума тешких малигних обољења. У таквим случајевима савјесност лекара из примарне здравствене заштите може довести до иницијалног и пресудног корака у третману ријетке малигне болести код гинеколошке пацијенткиње, као у нашем приказаном случају.

Закључак. Смо правилно узета анамнеза, те сарадња лекара понекад и несродних специјалности, може довести до откривања и правилног третмана тешких гинеколошких обољења.

Кључне ријечи: малигни тумор спољних гениталних органа, сарадња лекара, примарни ниво здравствене заштите

100. КЛИРЕНС КРЕАТИНИНА И ХИПЕРТЕНЗИЈА У СТАРИЈЕМ ЖИВОТНОМ ДОБУ

Србољуб Никић, Вељко Андрић
Дом здравља "Рашка", Рашка, Србија

Увод. Код особа старијих од 60 година елиминација лекова преко бубрега може бити значајно умањена због природног губитка функције и капацитета овог органа.

Циљ рада. Рачунањем гломерулске филтрације креатинина по формули *Cockcroft*-а и *Gault*-а утврдити постојање оштећења бубрежне функције код пацијената са есенцијалном хипертензијом старијих од 60 година, који немају дијабетес или раније утврђену бубрежну слабост.

Метод. За израчунавање су коришћени подаци из здравственог картона пацијената који су се на преглед јавили у децембру 2011. године.

Резултати. Истраживањем су обухваћене 62 особе старије од 60 година, 35 (56%) жена и 27 (44%) мушкараца. Сви пацијенти су дуже од десет година лечени од хипертензије. Пад *GFK* испод 60 *ml/min*, што би одговарало првом степену *HBI*, имало је 8 (13%) испитаника, пет жена и три мушкараца; *GFK* у распону од 60 до 80 *ml/min* имало је 20 (32%) пацијената, 12 жена и 8 мушкараца. Поремећај бубрежне функције имало је укупно 28 (45%) пацијената. Од тог броја, нередовно је антихипертензиве узимало 17 испитаника у групи са *GFK* испод 60 *ml/min*; сви испитаници нису редовно посећивали лекара нити одлазили на предложене консултативне прегледе.

Закључак. Рачунање *GFK* је једноставан и доступан метод у свакодневном раду у примарној здравственој заштити и може послужити за процену ефекта антихипертензивне терапије, али и за корекцију дозе појединих лекова.

Кључне речи: *GFK*, хипертензија, старост

101. РЕХАБИЛИТАЦИЈА ДЕМЕНТНИХ ОСОБА

Ноеми Тишлер Миклош

Геронтолошки центар, Зрењанин, Србија

Увод. Деменција се појављује у 12% до 15% популације изнад 65 година, с тим да се са старењем проценат заступљености од ове болести повећава. Тако је у популацији 85-годишњака проценат заступљености оболелих од деменције 20%. Наше друштво, као читав свет суочава се са проблемом адекватног лечења, неге и рехабилитације дементних особа. Интеграцијом здравствено-социјалних услуга степен здравствене заштите се подиже на виши ниво и самим тим здравствене услуге, нега и рехабилитација су приступачније и адекватније за дементне особе.

Циљ рада. Рехабилитација дементних особа се заснива на неуробиолошким карактеристикама нашег нервног система. Наиме, код деменције долази до прогресивне атрофије церебралног кортекса, што доводи до дисфункције мозга. Мождане структуре имају до извесног степена могућност да се реорганизују, што значи да се под различитим утицајем могу активирати “успаване” структуре. Суштина рехабилитације дементних је искоришћавање преосталих потенцијала до максимума. Анализа рехабилитационих поступака код дементних и покретних особа смештених на одељење деменције у Геронтолошком центру Зрењанин. Добијени резултати се користе за даље планирање, усавршавање рехабилитационих поступака дементних особа, као и за превентивне програме за унапређење здравља код старих особа.

Метод. Анализирани су резултати рехабилитације дементних особа у периоду од 2006. до 2010. године. Укупно је обухваћено 247 пацијената у различитој фази деменције. Процена степена деменције се вршила *Mini Mental* тестом. Рехабилитациони поступци су се темељили на рехабилитацији когнитивних функција.

Резултати. Анализом степена деменције утврђено је да је с тешким обликом деменције у зависности од године било од 86,56% до 79,54% пацијената на дементном одељењу. После рехабилитационих третмана, анализирајући податаке, проценат тешких облика деменције смањен је на 62,68% до 63,63%. Већина тешких облика деменције је прешла или се јако приближила средње тешкој деменцији.

Закључак. Без обзира на видне добре резултате са тестирањем *Mini Mental* тестом, оно што је уочљиво јесте да се самозбрињавање у току рехабилитације дементних особа побољшало и они су постајали много самосталнији. Исто тако, оријентација у простору је постајала видно боља, као и оријентација према другим особама. Моћ памћења, пажње се такође побољшани, тј. побољшане су когнитивне функције код тих пацијената.

Кључне речи: рехабилитација дементних особа, тешки с тепен деменције, побољшање когнитивних функција.

Литература

1. Жикић Љ, Шево Г. *Палијативан нега II*. Едукативни семинар: Палијативна нега старих. Београд, 2005.
2. *Jogvédelmi füzetek, Válogatás, Betegjogi, Ellátottjogi és gyermekjogi Közalapítvány*, Budapest, 2007

102. ПРЕВЕНЦИЈА ГОЈАЗНОСТИ КАО ФАКТОРА РИЗИКА ЗА ХРОНИЧНА НЕЗАРАЗНА ОБОЉЕЊА КОД ДЕЦЕ

Бранислава Станимиров*, Јелена Звекић-Сворџан**, Кармела Филиповић**

*Дом здравља "Нови Сад", Нови Сад, Србија

**Специјална болница за реуматске болести, Нови Сад, Србија

Увод. Гојазност се дефинише као патолошка акумулација масног ткива у организму, настала удруженим деловањем генске предиспозиције, психолошких фактора, неправилне исхране и недовољне физичке активности, што раније и чешће има за последицу хроничне незаразне болести.

Циљ рада. Указати на сложеност и важност правилне исхране у превенцији гојазности код деце школског узраста од 7 до 18 година.

Метод. Подаци о преваленцији гојазности код деце у основним и средњим школама у Новом Саду, добијени су из здравствене евиденције са систематских прегледа, који су обављени у школској амбуланти «СМТ» Дома здравља Нови Сад, у школској 2009, 2010, 2011. години. На основу антропометријских мерења телесне тежине и висине, израчунат индекс телесне масе (ИТМ).

Резултати. На систематски преглед одазвало се укупно 685 деце - 345 женског пола и 340 мушког пола. На основу добијених података, можемо указати на следеће резултате: нормална ухрањеност: 300 девојчица и девојака (86,95%) и дечака и младића 292 (85,88%); потхрањеност: 15 девојчица и девојака (4,34%) и 10 дечака и младића (2,94%); гојазност: 30 девојчица и девојака (8,69%) и 38 дечака и младића (11,17%).

Закључак. Добијени резултати указују на високу учесталост гојазности код оба пола, са нешто вишим стопама код дечака. Гојазност у дечјем и адолесцентном узрасту зависи од више фактора. Фактори на које није могуће утицати су: генетски узроци, узраст и пол, а фактори које можемо активно контролисати и усмеравати у позитивном правцу су: начин исхране, физичка активност, навике и ментални став.

Литература

1. Здравковић Д, Банићевић М. *Спречимо гојазност, сачувајмо здравље деце и адолесцената*. Београд, 2008.
2. Банићевић М, Здравковић Д, Седлецки К, Ћурчић В, Кебин В, Митровић Г. *Здравствено васпитање*. Београд, 2009.
3. Филиповић Д. *Исхрана здраве и болесне деце*. Наука, Београд, 2000.
4. Угарковић. *Биологија развоја човека са основама спортске медицине*. Универзитет у Београду, Факултет физичке културе, Београд, 1996.
5. Dietz WH, Robinson TN. *Use of body mass index (BMI) as a measure of overweight in children and adolescents*. Pediatrics 1998.

103 . *MACROGLOBULINEMIA WALDENSTROM* - ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

Јелица Јанковић, Душица Милић, Весна Вуковић Игов
Дом здравља "Ниш", Ниш, Србија

Увод. *Macroglobulinemia Waldenstrom* се одликује лимфоплазмоцитном инфилтрацијом коштане сржи и *IgM* моноклонском гамапатијом, веома је ретко обољење из групе лимфома.

Циљ рада. Учинити препознатљивом ову ретку малигну болест ради радне дијагностике и ефикасније терапије.

Метод. Коришћени су подаци из здравственог картона на основу континуираног праћења пацијента.

Резултати. Пацијент МЈ, мушког пола, старости 49 година. Редовном контролом су верификоване високе вредности *SE* (104) и трансаминаза (*GGT* 142, *ALT* 47), те се испитивања усмеравају ка опсервацији гастроинтестиналног тракта. Спроведеним испитивањима (ултразвук абдомена, пасажа гастро-дуоденума, колоноскопија, вирусологија) добијен је уредан налаз. Након употребе хепатопротективне терапије од месец дана, региструју се следећи лабораторијски параметри: *SE* 72, *GGT* 67,9, укупни протеини 93, урати 476,8, креатинин 117,2, и калцијум 2,75. Дијагностика се усмерава ка хематолошким обољењима. Од имунолошких анализа налазимо увећање неспецифичног параметра инфламације $\beta 2$ М 2,91; *IgM* 41,2; снижене фракције *IgG* 4,59 и *IgA* 0,58. Електрофореза протеина серума – у гама фракцији присутан *M* пик 31,7%; Имуноелектрофореза протеина серума – детектован је парапотеин *IgM kappa*. *РН* налаз биопсије костне сржи – присутна је паталозна инфилтрација ситноћелијском *B/low grade LPN*-ом (до 40%). Пацијент без субјективних тегоба, осим израженијег свраба коже. Клинички налаз по системима уредан. Постоји породично оптерећење за малигнитет (стриц - карцином плућа, тетка – мултипли мијелом). Као могући фактори ризика наводе се дугогодишња употреба алкохола и хронични стрес. Терапијски приступ састоји се од употребе хлорамбуцила, аналога пурина, ацетилсалицилне киселине и плазмаферезе (урађене су 4 измене плазме). Након две године пацијент без тегоба, клинички налаз уредан. Лабораторијске анализе: *SE* 48, укупни протеини 80,3, калцијум 2,94, *M* пик у гама фракцији 24,7%, *IgG* 3,95, *IgA* 0,43, *IgM* 25,2, $\beta 2$ М 1,79.

Закључак. Ради се о лимфоплазмапролиферативном обољењу, хроничног тока, са добрим терапијским одговором, што потврђују знатно ниже вредности *IgM*, као и нормализација $\beta 2$ М. Ради се о реткој болести, 1%-2% од свих лимфома, превасходно оболевају старије особе. С обзиром на старост болесника, долази у обзир размотрити примену високодозне хемиотерапије, уз потпору аутологним *PMCH*.

Кључне речи: макроглобулинемија, имуноглобулини, плазмафереза.

Литература

1. Žarković M, Kwaan HC. *Correction of hyperviscosity by apheresis*. Semin-Thromb-Hemost 2003;29(5):535.
2. Drew MJ. *Plasmapheresis in the dysproteinemias*. Ther-Apher 2002;6(1):45.

104. КВАЛИТЕТ ЖИВОТА ДИЈАБЕТИЧАРА

Нада Вукадиновић, Давор Вукадиновић

Здравствени центар, Крушевац, Србија

Медицинском факултет, Универзитет у Београду, Србија

Увод. Квалитет живота представља индивидуалну перцепцију своје животне позиције у култури и систему постојећих вредности.

Циљ рада. Измерити квалитет живота дијабетичара.

Метод. Попуњавање 15D упитника. Упитник су попунили дијабетичари у фебруару 2011. у Дому здравља "Крушевац". Подаци су обрађени по оригиналном програму аутора (збир свих 15 питања даје 1) .

Резултати. Истраживањем је обухваћено 50 дијабетичара, 22 мушкарца и 28 жена, просечне старости 69 год. Квалитет смо пратили по вредности гликемије, HbA_{1c} и по полу. Дијабетичари чија је контрола гликемије добра (HbA_{1c} $\leq 7\%$) се боље крећу ($p=0,01$), мање се замарају, имају боље пражњење ($p=0,05$), мање душевне патње ($p=0,001$), 15D скор је 0,7720 код групе $HbA_{1c} \leq 7\%$ према 0,6890 код групе $HbA_{1c} > 7\%$; ($p=0,01$). Ако квалитет меримо по функцији гликемије наташте, пацијенти са добром контролом (гликемија до 7 mmol/L) су покретљивији и боље обављају уобичајене активности ($p=0,01$), 15D скор је 0,7546 код групе - гликемија до 7 mmol/L статистички значајно виши у односу на групу - гликемија преко 7 mmol/L са 0,6974 ($p=0,05$). По полу, бољи квалитет живота имају мушкарци у спавању ($p=0,001$) а жене у пражњењу и имају мање нелагодности и симптома ($p=0,05$) Жене имају бољу контролу болести: HbA_{1c} $\leq 7,24\%$ према 7,57% код мушкараца, а гликемија је 7,43 mmol/L према 8,04 mmol/L код мушкараца ($p=0,05$), 15D скор мушкараца је 0,7177 а скор жена 0,7108.

Закључак. Квалитет живота дијабетичара - 15D скор је у корелацији са добром контролом болести.

Кључне речи: 15D упитник, дијабетес, HbA_{1c} , α -гликемија наташте

Литература

1. WHOQOL Group. *Measuring Quality of Life: The Development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL)*. Geneva: WHO, 1993.
2. Sintonen H. The 15D instrument of health-related quality of life: pand applications." *Ann Med* 2001;33.
3. K Prospective Diabetes Study (UKPDS). *Group Intensive blood glucose control with sulphonylureas or insulin compared with convencional treatment and risc of complications in patiens with Type 2 diabetes (UKPDS 33)*. *Lancet* 1998;352:837-853.

105. ХРОНИЧНА ОПСТРУКТИВНА БОЛЕСТ ПЛУЋА – ЗНАЧАЈ ЛЕКАРА У ПРИМАРНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ

*Бранка Малетић, Светлана Кнежевић, Раде Милутиновић,
Миливоје Хаџи-Здравковић
Дом здравља "Богатић", Богатић, Србија*

Увод. Хронична опструктивна болест плућа (ХОБП) је хронично запаљење дисајних путева и њихово сужавање, што доводи до гушења, кашља и свирања у грудима. Због пораста броја оболелих и трошкова лечења, примарна здравствена заштита има кључно место у превенцији и терапији ове болести.

Циљ рада. Улога и значај лекара примарне здравствене заштите у превенцији и лечењу ХОБП кроз едукацију пацијената о патологији ове болести и адекватној терапији.

Метод. Коришћена је анкета о познавању болести, симптома, терапије и превенције напада. Рад у малој групи (3–5 пацијената).

Резултати. Радом у малој групи у виду здравственог просвећивања од септембра до новембра 2011. год. обухваћено је 106 пацијената (65 мушкараца, 41 жена), старости од 36 до 75 година, који су попуњавали анкетни упитник о ХОБП. Карактеристике ове болести познаје 80,55%; најчешћи симптом је отежано дисање (код 88,89% пацијената); напад гушења (86,11%); убрзан рад срца (77,78%); тескоба у грудима (72,22%); свирање у грудима и убрзано дисање (69,44%); кашаљ (61,11%); узнемиреност и страх (44,44%). Фактори ризика ХОБП: пушење (61,11%), упале дисајног тракта (50%), професија (41,66%). На редовне контроле код пулмолога ишло је 52,78%. Пацијенти у терапији користе пумпице (83,33%); таблетирану терапију (77,78%). Упутство за правилно коришћење пумпица, дискова и инхалатора добило је 83,33% пацијената. У току напада највише помаже венска терапија (52,77%) и бронходилататори у спреју (44,44%). Пероралне кортикостероиде за превенцију напада користило је 38,89% пацијената. Заинтересовано за едукацију је 89% пацијената.

Закључак. Едукација пацијената је од кључног значаја за што ефикаснију превенцију и лечење ове болести. Одговорност лекара у примарној здравственој заштити је највећа у овом процесу.

Кључне речи: ХОБП, едукација пацијената, лекар у примарној превенцији

107 . ПНЕУМОТОРАКС КАО УЗРОК БОЛА У ГРУДИМА - ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

Србољуб Никић

Дом здравља "Рашка", Рашка, Србија

Увод. Накупљање ваздуха у плеуралној шупљини може настати спонтано услед перфорације периферних алвеола, као последица пенетрације грудног коша или због накупљања гаса изнад емпијема.

Циљ рада. Диференцијална дијагноза бола у грудима кроз приказ случаја спонтаног пнеумоторакса.

Метод. У раду су коришћени подаци из здравственог картона унети на дан прегледа и упућивања пацијента на грудну хирургију.

Приказ случаја. Пацијент мушког пола стар четрдесет година, радник, добро развијене остеомускуларне грађе, самостално покретан на преглед долази у заказаном термину. Жали се на бол у пределу леве половине грудног коша који се појачава при напору и бржем ходу уз повремени недостатак ваздуха и сув кашаљ, температуру нема. Тегобе трају седам дана, пацијент све време одлази на посао, ради као механичар на одржавању камиона. Аускултаторно срчана акција ритмична, тонови јасни без шума, фреквенција 75 удара у минуту, ТА 120/75 *mm Hg*. Над левим плућним крилом не чује се дисајни шум, број респирација 20 у минуту. Одмах урађен ЕКГ који показује нижу волтажу у прекордијалним одводима. Ензими *СК* и *LDH* у референтним вредностима. На *RTG*-у грудног коша виђен пнеумоторакс лево са потискивањем медијастинума. Пацијент одмах упућен на грудну хирургију.

Закључак. Бол у грудима може да буде различите етиологије и често субјективни доживљај тегоба може да заваља пацијента, али и лекара.

108. ХИПОТИРЕОЗА КОД СТАРИХ, БОЛЕСТ СА МНОГО ЛИЦА

*Љиљана Максимовић, Србијанка Петровић, Снежана Рашовић,
Драгана Стојановић, Миријана Јаковљевић
Дом здравља "Крушевац", Крушевац, Србија*

Увод. Смањена функција штитасте жлезде, позната као хипотиреоза, веома је честа болест и јавља се код 10% жена и 2% мушкараца старијих од 65 година. Почиње постепено и често се касно дијагностикује.

Циљ рада. Рано постављање дијагнозе хипотиреозе код старих особа и правовремено деловање, јер типични симптоми могу изостати или се грешком приписати коегзистирајућим болестима, нежељеним дејствима многих лекова или чак нормалним одликама старијег животног доба.

Метод. Испитивање је обављено у ординацији изабраног лекара Дома здравља Крушевац у току 2011. године. У испитивање су укључени пацијенти старији од 65 година који се лече од хипертензије, а на преглед су се јавили због депресије, заборавности, замора, опстипације, сталног осећаја хладноће или периорбиталних едема. Свим испитаницима је узета анамнеза (опис субјективних тегоба), урађен преглед штитасте жлезде палпацијом, одређен ниво *TSH* и *FT4* у серуму и лабораторијске анализе.

Резултати. Испитивањем је обухваћено 112 особа, 48 (42,85%) мушкараца и 64 (57,15%) жена, просечне старости $75,30 \pm 6,65$ година. Вредности *TSH* изнад нормале имало је 18 (16,07%) испитаника. Супклиничка хипотиреоза (*TSH* > 5 mU/l, *FT4* нормалан је утврђена код 10 (15,60%) жена и 2 (4,16%) мушкарца. Примарна хипотиреоза (*TSH* висок, *FT4* низак) је утврђена код 5 (7,80%) жена и код једног (2,08%) мушкарца. Лечење је започето и код супклиничке хипотиреозе, јер је код старих особа она била повезана с многим поремећајима, укључујући опстипацију, депресију, когнитивне поремећаје, повишен ниво липида, а њено лечење донекле би могло довести до ревизије поменутих поремећаја. Свим испитаницима са потврђеном хипотиреозом је укључена терапија левотироксином, а доза лека постепено коригована у зависности од лабораторијских налаза и клиничке слике. Праћење ефекта примењене терапије мерењем нивоа *TSH*, вршено је на 8 недеља до успостављања стабилног стања.

Закључак. Код старих особа хипотиреоза је олигосимптоматска, подмукла болест, која се често испољава нетипичним знацима и удружена је са другим обољењима, па се неретко касно дијагностикује. Резултати нашег рада показују да изабрани лекар мора стално да има на уму високу учесталост овог обољења, посебно код старих жена, како би дијагноза била на време постављена и болесник адекватно лечен.

Кључне речи: хипотиреоза, старе особе, *FT4*, *TSH*

Литература

1. Akbar DH, Ahmed MM, Hijazi NA. *Subklinikal hypothyroidism in elderly women attending an outpatient clinic*. Med Sci Monit 2004;229-232.
2. Rehman SU, Cope DW, Senseney AD, Brzezinski W. *Thyroid disorders in elderly patients*. South Med 2005;98(5):543-9.

110. УЧЕСТАЛОСТ ДЕПРЕСИЈЕ У ОРДИНАЦИЈИ ИЗАБРАНОГ ЛЕКАРА

Љубица Ножинић-Вилус, Мирослав Миљешић
Дом здравља "Шабац", Шабац, Србија

Циљ рада. Сагледати број и проценат пацијената оболелих од депресије у односу на укупан број пацијената. Утврдити дистрибуцију пацијената према полу и добу, као и врсту и дужину прописивања антидепресива.

Метод. Анализа података из здравственог картона за 1.330 пацијената прегледаних у ординацијама изабраног лекара опште медицине у Дому здравља "Шабац" у току три месеца у 2011. години.

Резултати. Од укупног броја пацијената, дијагнозу депресије (шифра болести *F32.0-F32.3, F33.1-F33.3* Десете ревизије *МКВ*) имају 82 пацијента, што представља 6,3% од укупног броја прегледаних пацијената. Дистрибуција према полу: 63 жене (76,8%) и 19 мушкараца (13,2%). Од депресије су оболели пацијенти старости 20-71 године, а највише у старосној групи 51-60 година - 34 (41,4%) пацијента. Код 50 (61%) оболелих се може утврдити неки "окидач" за манифестацију депресивног стања (болест, развод, губитак посла, смртни случај у породици, неуспех у школи и сл.), код 9 пацијената у породици постоји породично оптерећење психичким болестима, док се код 23 пацијента повод не може утврдити. Од антидепресива, поред осталих лекова у лечењу депресије, најчешће су прописивани серталин код 39 (47,6%) пацијената, флуоксетин код 22 (26,8%) и трициклични антидепресиви 21 (25,6%).

Закључак. У поређењу са неким ранијим студијама, проценат оболелих од депресије је у порасту. У знатној мери више оболевају жене него мушкарци, за шта постоји статистички значајна разлика. Највише оболевају особе касних средњих година, јер су највише изложени неповољним егзистенцијалним условима. Просечна дужина лечења антидепресивима је 1,9 година у овој групи пацијената.

Кључне речи: афекат, терапија, расположење

Литература

1. Грозданов Ј, Миљуш Д, Мицковски Н и сар. *Analitička studija "Zdravlje stanovnika Srbije 1997-2007"*. Институт за јавно здравље Србије "Др Милан Јовановић-Батут", Београд, 2008;стр. 83-6.
2. Министарство здравља Р. Србије. *Истраживање здравља становника Републике Србије за 2006. годину*. Основни резултати. Београд, 2007.
3. Радна група за израду националног водича (Пауновић В. и сар.). *Терапијске смернице за лечење депресије*. Републичка стручна комисија за израду и имплементацију водича у клиничкој пракси Министарства здравља Републике Србије и Српско лекарско друштво. Београд, 2005.

111. КЛИНИЧКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ БОЛЕСНИКА СА НЕДОСТАТКОМ ВИТАМИНА B_{12} У СЕРУМУ

Мира Ђорђевић, Весна Ераковић, Драгица Коси
Дом здравља "Земун", Београд, Србија

Увод. Витамин B_{12} је неопходан за нормалан раст свих ћелија, нормалну еритропоезу и репродукцију свих ћелија епителног порекла, нарочито гастроинтестиналног тракта. Патолошки процеси због недостатка витамина B_{12} захватају сва ткива, јер је поремећена синтеза ДНК. Репликација ДНК је успорена, што доводи до успорених митоза, нарочито у ткивима која се брзо деле. Успорена репликација ДНК и нормална синтеза РНК и протеина (структурних протеина и хемоглобина) доводи до појаве крупних ћелија (еритроцита).

Циљ рада. Показати повезаност клиничке слике са пратећим симптомима и нивоа витамина B_{12} у серуму.

Метод. Рађена је ретроспективна анализа историје болести 26 пацијената који се налазе на терапији витамином B_{12} и код којих је пре увођења терапије био одређен ниво витамина B_{12} у серуму. Пацијенти су подељени у три групе: прву су чиниле особе са доминацијом хематолошких симптома, друга група је била са неуролошким проблемима, а трећа је имала полиморфне тегобе. Анализирани су резултати од почетка до краја 2011. године.

Резултати. Код испитиваних пацијената просечна старост је $54,4 \pm 12,6$ година, од којих је 10 мушкараца а 16 жена. Водећи симптом због кога је одређиван ниво вит. B_{12} у серуму били су макроцитни еритроцити са запремином већом mcv веће $100.3\ fl$ ($83-97\ fl$ референтна вредност). Код 12 пацијената вредност B_{12} у серуму је била испод $100\ ng/L$, код 4 чак између $57-63$; 10 је имало вредност од $100-130$, док су 2 пацијента имала граничне вредности око 133 . Код хематолошких пацијената је укључена доживотна супституциона терапија, код неуролошких привремена, са повременим враћањем и контролама, а код оних са полиморфним тегобама је остављено лекару клиничару да одлучи када и колико ће бити укључена парентерална терапија вит B_{12} .

Закључак. Клиничка слика хиповитаминозе B_{12} је веома разнолика, у зависности од величине дефицита. Најтежи су облици анемије крупних ћелија (еритроцита), најчешће узроковани атрофичним гастритисом и недостатком *Kaslow*-ог интритичног фактора, као и поремећајем ресорпције изазваним другим разлозима (ресекција желуца, илеитис, бактеријски ентероколитис). Најчешће примењиван у терапији је хидроксикобаламин (OhB_{12}) за парентеларну примену у дозама и размацама које одреди лекар клиничар.

Кључне речи: витамин B_{12} , серум, макроцитни еритроцити, OhB_{12}

Литература

1. Белеслин Б, Јовановић Б, Недељков В. и сар. *Општа патолошка физиологија. Data Status*. Београд, 2007.
2. Владимиров С, Живанов-Стакић Д. *Фармацеутска хемија II*. Београд, 2006.
3. Манојловић Д. *Интерна медицина*. Завод за уџбенике и наставна средства. Београд, 1998.

113. COMPLIANCE OF PATIENTS - A SIGNIFICANT FACTOR IN THE TREATMENT OF HYPERTENSION

Branislava Dimitrijević, Marija Klačar

Health Center "Dr Simo Milošević" Čukarica, Belgrade, Serbia

Introduction. Hypertension and its treating is largely national health problem. It is one of the main factors for developing atherosclerosis and its' consequent chronic non-infectious diseases which are among leading causes of morbidity and mortality in the World. This medical condition can be successfully managed by early diagnosis and timely treatment, with one of the basic prerequisites being the patient's compliance i.e. complying with the therapy prescription by regularly taking prescribed medicine but also by recommended dietary changes and physical exercise.

Objective. To determine the compliance level and the most significant factors in influencing the compliance and determination of the way of informing the people with hypertension.

Method. In inquiry that took place during February and March 2012 general practitioners of health station Zarkovo, "Dr. Simo Milosevic" health centre enquired 73 persons with hypertension aged between 41 and 70.

Results. The inquiry included 73 patients, 41 (56.2%) women and 32 (43.8%) men, out of whom 10.9% had strictly complied recommended dietary changes, 15.1% had mostly complied, 20.5% had mildly complied, 17.8% mostly hadn't complied and 35.6% hadn't complied at all. The results showed that the group of people with low level of compliance are: males (only 31.2% mildly, mostly or completely had complied dietary changes), persons with elementary education (40.0%), persons aged 41-50 (28.6%). Males aged 41-50 was standing out for 100% mostly or completely not complying with dietary changes. Considering physical activity of the enquired patients, 9.6% of the patients were described as very active, 12.3% mostly active, 17.8% mildly active, 31.5% mostly inactive and 28.8% as not active. The results showed that the group of people with low level of compliance are: females (only 31.7% mildly, mostly or very physically active) and people with higher education (15.8%). 57.5% of the patients had been strictly complying medical care instructions relating to the use of drugs, 8.2% had been strictly complying the instructions, 4.1% had been using drugs from time to time, 15.1% had been using drugs only when feeling discomfort and 15.1% who hadn't been using drugs at all. The results showed that the group of people with low level of compliance are: males (43.7% had been complying the instructions), and persons aged 41-50 (23.8%). Males aged 41-50 was standing out for 87.5% mostly or completely not using drugs! 50.7% of the patients were informed about the medical state by the general practitioner of their choice, 26.0% were informed via mass medium, 13.7% online, 6.8% by members of their families and 2.7% the other way (by friends, associates, other patients).

Conclusion. The level of compliance of people with hypertension from Zarkovo is below requirements. The level of applying dietary changes, physical activity and medical care instructions is worryingly low. The most critical group with extremely low level of compliance is the group of males aged 41-50. Considering that the most of patient are informed by doctors, it is doctors' responsibility to carry out further education of the patients.

Key words: Hypertension, compliance level, dietary changes, physical activity, use of drugs.

Literatura

1. Franklin SS, Wachtell K, Papademetriou V et al. *Cardiovascular morbidity and mortality in hypertensive patients with lower versus higher risk: a LIFE substudy.* Hypertension 2005;46:492–9.
2. Montgomery AA, Fahey T, Ben-Shlomo Y et al. *The influence of absolute cardiovascular risk, patient utilities, and costs on the decision to treat hypertension: a Markov decision analysis.* Journal of Hypertension, 2003;21(9):1753–1759.

114. ПОРФИРИЈА - ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

Бранко Миљачки*, Љиљана Миљачки, Радмила Павић

*Општа болница, Суботица, Србија

Дом здравља "Суботица", Суботица, Србија

Увод. Порфирије су ретке ензимско-метаболичке генетске болести са заједничким узроком поремећеног метаболизма порфирина и њихових прекурсора у биосинтези хема - дела хемоглобина. Накупљање порфирина у крви, урину и столица доводи до настанка црвенотурпурне боје, што узрокује клиничке симптоме.

Циљ рада. Приказом случаја указати на значај благовремене дијагностике порфирије и њене диференцијације у односу на чешће болести које може да имитира.

Метод. Дескриптивно-аналитички приказ случаја и компарација са обољењима сличне симптоматологије.

Приказ случаја. Пацијенткиња Б.С. стара 27 година, јавља се у јулу 2011. године са боловима у трбуху на хитан хируршки пријем Опште болнице у Суботици. Тада је постављена дијагноза акутног апендицитиса и болесница је оперисана. Патохистолошки налаз (*РН*) - *appendicitis acuta catarrhalis*. Будући да болесница постоперативно и даље има болове у трбуху и изостанак менструације, јавља се гинекологу који поставља дијагнозу *Cysta ovarii* и примењује конзервативно лечење. Новембра 2011. пацијенткиња долази гастроентерологу због болова у трбуху, мучнине, повраћања и лупања срца. Амбулантно је спроведена комплетна гастроентеролошка дијагностика. Ултрасонографија горњег абдомена: уредан налаз. Гастроскопија: *Reflux oesophagitis*. Колоноскопија: *Noduli haemorrhoidales interni*. Лабораторија: седиментација 32 mm/h, леукоцити $12 \times 10^9/L$, еритроцити, хемоглобин, тромбоцити и сви еритроцитни параметри у границама нормале. Биохемијски : уреа 9 mmol/L, креатинин 107 umol/L, хепатограм уредан, Na 129 mmol/L, K 4,7 mmol/L, Cl 92 mmol/L, у ацидобазном статусу доминира блага ацидоза (базни ексцес-7). *Helikobacter IGG* тест негатива; *РН* налаз биопсије дуоденума приликом гастроскопије - интактна слезница танког црева без знакова целијакије. На примењену инфузиону терапију 10% глукозом, инхибиторима протонске пумпе и анксиолитицима, симптоми се повлаче. Ипак, тегобе се у кратком року понављају и погоршавају, те се посумња на порфирију. Болесница сакупља 24-сатни урин, који се упућује у Лабораторијску службу Клиничког центра Војводине. Налаз урина: двоструко повишен порфобилиноген и делтааминолевулинска киселина (*DAL*). Постављена је дијагноза акутне интермитентне хепатичне порфирије. Искључена је сва дотадашња терапија и у акутној фази примењено око 500 грама пероралне глукозе у пет obroка. Тегобе у року од пет дана нестају. Даље се примењује хиперкалоријска дијета и забрана лекова према листи за порфирије, и постиже се добра контрола болести.

Закључак. Благовремена дијагноза порфирије омогућује добру контролу болести и спречавање настанка компликација. Уколико се болесници придржавају терапијско-дијетског режима, број атака тегоба је редак, што омогућава болеснику нормалан живот.

Кључне речи: порфирија, диференцијална дијагноза, значај, терапија

115 . ПРЕВЕНТИВНА КАРТА И ХРОНИЧНА МАСОВНА ОБОЉЕЊА У ЦЕНТРУ ЗА ПРЕВЕНЦИЈУ У ЗАЈЕЧАРУ

Милош Протић, Љиљана Јовановић
Здравствени центар "Зајеча", Зајечар, Србија

Циљ рада. Евалуација генетске оптерећености, ризичних навика, повишеног артеријског притиска и гојазности као фактора ризика за кардиоваскуларна (КВО) и цереброваскуларна обољења (ЦВО), као и шећерне болести.

Метод. Евалуација је спроведена на групи испитаника адултне популације (од 18 година и старијих) из евиденције обављених превентивних прегледа Центра за превенцију у Зајечару током априла 2012. године. Инструмент истраживања јесте превентивна карта која садржи увид у породичну анамнезу, личну анамнезу о ризичним навикама, присуству артеријске хипертензије, гојазности (користећи индекс телесне масе), резимира ризично понашање и ризик за хроничне масовне болести.

Резултати и дискусија. Од 40 испитаника, 19 је мушкараца и 21 је жена. Дистрибуција по старосном добу

: у трећој деценији - 10%, у четвртој 10%, у петој 10%, у шестој 25%, у седмој 20%, у осмој деценији живота 25% прегледаних. Генетско оптерећење за КВО има 75%, за ЦВО има 60%, за дијабетес има 40%. Непушача има 32,5%, алкохол конзумира 20,4 %, редовно упражњава умерену физичку активност скоро 70%. Од хипертензије се лечи 70%, прекомерна телесна тежина је код 45%, а гојазност код 15%. Хипертензију 1. степена има 10%, а 2. степена има 15%, високо нормалан притисак има 40%. Ризично понашање је нотирано код 90%; 100% испитаника има ризик за развој КВО, ЦВО или дијабетес, узимајући у обзир хередитет и нађене факторе ризика.

Закључак. Већина испитаника је у познијим годинама живота (70%), већина је са ризичним навикама (90%), 70% се лечи од повишеног притиска, 60% има телесну тежину изнад нормалне по индексу телесне масе, што додатно повећава ризик од нежељених кардио- и цереброваскуларних догађаја као и дијабетеса. Ови алармантни подаци усмеравају на императив у спровођењу мера примарне, секундарне и терцијарне превенције с обзиром на светску епидемију како шећерне болести, тако кардио- и цереброваскуларних болести, која се евидентира и у нашој средини, пратећи овај несрећни тренд.

Кључне речи: хроничне масовне болести, фактори ризика, превентивна карта, дијабетес, артеријска хипертензија

116. THE MOST SIGNIFICANT FACTORS IN INFLUENCING THE COMPLIANCE OF HYPERTENSIVES

Branislava Dimitrijević, Mirjana Marković, Jelena Dinić
Health Center "Dr Simo Milošević", Belgrade, Serbia

Introduction. Compliance of people with hypertension is a patient's adherence to a recommended course of treatment. It is influenced by individual, social and cultural, health and other factors and circumstances. Practice shows that a very common cause of failure therapy is low level of compliance, which may have resulted in increased morbidity and mortality as well as increased health care costs. The role of physicians in improving compliance is to identify patients and to develop a special approach to the patient: providing frequent advice, reminding the patient and providing a written advice!

Objective. To determine the compliance level and the most significant factors in influencing the compliance in terms of regular use of therapy.

Method. In inquiry that took place during February and March 2012 general practitioners of health station Zarkovo, "Dr. Simo Milosevic" health centre enquired 73 persons with hypertension aged between 41 and 70. Xi2test was used in the analysis of the obtained data.

Results. The inquiry included 73 patients, 41 (56.2%) women and 32 (43.8%) men, out of whom 57.5% had been strictly complying doctor's instructions how to use drugs, 27.4% hadn't been strictly complying and 15.1% hadn't been using drugs at all. The most important reasons for taking drugs irregularly or not taking drugs at all, are: forgetfulness (16.1%), lack of need for treatment (absence of symptoms, 32.3%), anxiety about the possible drugs' adverse effects (29.0%), material reason (12.9%) and crowds in health (9.7%). The results showed that the groups of people with low level of compliance are: males (43.7% had been complying the instructions), persons aged 41-50 (23.8%), patients who use drugs less than 1 year (20.0%) and patients who use less than two drugs per day (19.0%). The results also showed that the groups of people with higher level of compliance are: patients who use drugs in three doses (78.3% had been complying the instructions) and patients with comorbidity (patients with hypertension and diabetes 91.3%, patients with hypertension and cardiovascular or cerebrovascular disease 90%).

Conclusion. Treatment of hypertension among patients with this disease is often neglected. They begin to use the therapy only when the disease becomes more serious and requires the use of more drugs and use drugs in doses or when the disease is associated with diabetes, cardiovascular or cerebrovascular disease. The main reasons for irregular use of medication are: lack of need for treatment (absence of symptoms) and anxiety about possible adverse effects of drugs. Continuous medical educational activities can be achieved with better compliance of hypertensive patients, which will enable more effective treatment of hypertension.

Key words: Compliance, hypertension, use of drugs

Literatura

1. Franklin SS, Wachtell K, Papademetriou V et al. *Cardiovascular morbidity and mortality in hypertensive patients with lower versus higher risk: a LIFE substudy*. Hypertension 2005;46:492–9.
2. Montgomery AA, Fahey T, Ben-Shlomo Y et al. *The influence of absolute cardiovascular risk, patient utilities, and costs on the decision to treat hypertension: a Markov decision analysis*. Journal of Hypertension. 2003;21(9):1753–1759.

117. АУТОИМУНИ ПЛУРИГЛАНДУЛАРНИ СИНДРОМ – ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

Биљана Вукашиновић

Дом здравља "Горњи Милановац", Горњи Милановац, Србија

Циљ рада. Адекватна и благовремена дијагностика плуригландуларног синдрома, посебно опрез од дијабетеса, увођење инсулинске терапије. Ово обољење представља адреналну инсуфицијенцију удружену са мукокутаном монилијазом и хипопаратиреоидизмом. Наслеђује се аутозомно рецесивно. Имунолошка природа обољења доказана је присуством антитела.

Метод. Континуирано праћење пацијента у току 20 година и увид у претходну медицинску документацију.

Приказ случаја. Пацијенткиња стара 30 година је до седме године живота имала нормалан психомоторни развој. Тада се јавила *alopecia areata*, а у осмој години је први пут дошло до конвулзија са губитком свести. Упућена је на Институт за мајку и дете јер је утврђена и хипокалцемија. Постављена је дијагноза хипопаратиреоидизма, мукокутане кандидијазе и *alopecie areata-e*. АСНТ тест је показао добру функционалну резерву надбубрежне жлезде. Наведене дијагнозе иду у правцу аутоимуног обољења јер је алопеција дуже претходила хипопаратиреоидизму као и мукокутаној монилијазе. После детаљне лабораторијске обраде отпочета је терапија калцитриолом у дози од 1 грама дневно, што је довело до повећања нивоа серумског калцијума. Кетоконазолом је спроведено антимикотичко лечење. После 6 година се код детета јавила малаксалост, мучнина, појачано замарање, хипотензија, незаинтересованост, болови у абдомену, што је иницирало поновну контролу надбубрега и откривена је адренална инсуфицијенција. У терапију је уведен хидрокортизон у дози од 30 mg на дан. Године 2009. уведен је левотироксин у дози од 50 mg дневно ($TSH=17\text{ mmol/l}$). Исте године је услед губитка тежине, жеђања и повишене гликемије уведен интензивирани режим инсулинске терапије. Покушано је са индукцијом ремисије дијабетеса, али без успеха, те је настављен интензивирани режим инсулинске терапије хуманим инсулинима.

Закључак. На плуригландуларни аутоимуни синдром треба мислити код деце у које се рано јавља алопеција, мукокутана монилијаза и конвулзије. Детаљна лабораторијска претрага уз клиничку слику представља водич за дијагностику.

Кључне речи: плуригландуларни, аутоимуни, хипопаратиреоидизам, хипокалцемија, тетанија, дијабетес.

118. OBESITY AS A RISK FACTOR

Marija Klačar, Branislava Dimitrijević

Health Center "Dr Simo Milošević" Čukarica, Belgrade, Serbia

Introduction. Obesity is one of the most serious public health problems in both our country and the world. Despite of many prevention programmes and treatment options the number of obese patients is continuing to grow each year. Obesity is threatening to become a modern epidemic. Obesity is a risk factor for atherosclerosis and therefore for numerous chronic non-communicable diseases. Statisticly, people with normal BMI have the lowest health risk.

Objective. To determine the degree of weight loss among patients who came for professional help to the Prevention Center in DZ Zarkovo. Our goal is to show that the weight reduction is followed by reduction in both cholesterol and triglycerides blood levels.

Method. The interventional study included patients between the age of 21 and 60 who came to the Prevention Center in HC Zarkovo because of obesity from april to june 2011. In the first examination height and weight were measured and BMI was calculated. Levels of total cholesterol and triglycerides were also measured. Every patient was given the diet and was also advised of proper physical activity. Control examinations were scheduled in three and six months during which body weight and levels of total cholesterol and triglycerides were measured. Patients who did not show to the control examinations were excluded from the study.

Results. Study involved 51 patients, 37 (72.5%) were female and 14 (27.5%) were male. The mean body weight at the first examination was 88.9 kg and by the end of six months it was reduced to 79.3 kg. During this period of time, mean BMI was reduced by 3.4 (from 32.6 kg/m² to 29.2 kg/m²). The total cholesterol level was reduced by 1.38 mmol/l (from 6.61 mmol/l to 5.13 mmol/l) and triglycerides level was reduced by 0.94 (from 2.51 to 1.97).

Conclusion. If obese patients were given proper advices by health professionals and then follow them, it is possible to achieve significant weight loss. By reducing body weight as an independent risk factor for atherosclerosis the levels of blood cholesterol and triglycerides can be also decreased. This means that hyperlipidemia, an other risk factor for atherosclerosis is under control, therefore, chronic non-communicable disease are prevented in two ways.

Key words: Obesity, weight reduction, cholesterol, triglycerides.

Literatura

1. WHO. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO consultation. Technical Report Series No 894. WHO, Geneva, 2000.
2. Hancu N, Roman G, Simu D, Miclea S. (Eds.). *Guidelines for the management of obesity and overweight in adults*. Romanian Association for the Study of Obesity, Cluj-Napoca, 2001.
3. *Guidelines for general practitioners for the treatment of obesity: A stepwise approach*. Dutch Association for the Study of Obesity, Amsterdam, 2001.
4. WHO. *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO consultation. WHO Technical Report Series 894, Geneva, 2000.

119. ОСТЕОПОРОЗА - ЗНАЧАЈ ПРЕВЕНЦИЈЕ И РАНЕ ДИЈАГНОСТИКЕ

Биљана Ралевић, Слађана Ралевић

Дом здравља "Ника Лабовић", Нови Сад, Србија изабрани лекар

Клинички центар Војводине, Нови Сад, Србија

Увод. Остеопороза је најчешћа метаболичка болест костију. У развијеним земљама представља значајан социјални и медицински проблем, јер бележи сталан пораст броја оболелих. Остеопороза је прогресивна, системска метаболичка болест костију, чије су одлике губитак коштане масе, оштећење микроархитектуре коштаног ткива, повећање фрагилности кости, а што за последицу има повећан ризик од настајања фрактура. Највећи социјално-економски проблем су преломи кука са значајним морталитетом (12%)-20%) у првој години и великим инвалидитетом (преко 50%). Последњих година инциденција остеопорозе је у сталном порасту из више разлога - продужен животни век, употреба лекова који утичу на коштану масу, савремен начин живота итд. Процене су да ће се такав тренд, нарочито у развијеним земљама, наставити и у наредним деценијама.

Циљ рада. Приказати заступљеност густине коштане масе код пацијената који имају факторе ризика за настанак остеопорозе.

Метод. Ултразвучна денситометрија (петна кост) и одређивање *T*-скора након прегледа изабраног лекара.

Резултати. Испитивање је обухватило 96 испитаника, 94 жене и 2 мушкарца. Посматране особе су имале следеће факторе ризика: 12 (12,5%) особа је имало превремену менопаузу, 6 особа (6,25%) је у терапији других телесних болести узимало кортикостероиде, године (старосна доб) као фактор ризика имало је 45 испитаника (46,87%), знаке од стране локомоторног апарата имала су 22 испитаника (22,91%), ниску телесну масу 5 испитаника (5,21%); *T* скор до -1, тј. нормалан налаз имало је 54 испитаника (56,25%) који су имали факторе ризика. Остеопенију, тј. *T* скор од -1 до -2,5 имало је 30 (31,25%) особа, док је остеопорозу, тј. *T* скор испод -2,5 имало 12 испитаника (12,15%).

Закључак. На остеопорозу треба мислити код особа са више фактора ризика. Како остеопороза има социјално-економски значај, битно је дејствовати превенцијом и раном дијагностиком као најјефтинијим и најуспешнијим начином борбе за јаче, гушће и квалитетније кости. Због тога, рано откривање, превенција и рационално лечење није само од посебног индивидуалног значаја за болеснике, већ има ширу друштвену димензију - општи национални интерес на нивоу примарне здравствене заштите.

Кључне речи: остеопороза, превенција, ултразвучна денситометрија

Литература

1. Ђурица С. *Стратегија превенције и лечења остеопорозе узроковане хормонским поремећајима*. Репрограф. Београд, 2006.
2. EBM (evidence-based medicine) Guidelines. *Osteoporosis: definition, risk groups and prevention*. Helsinki, Finland: Duodecim Medical Publications Ltd.
3. WHO. *Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. Report of a WHO Study Group*. World Health Organization technical report series, 1994.
4. Robert AA. *Osteoporosis: Pathophysiology and Clinical Management*. Springer, 2009.

120. РЕЦИДИВИРАЈУЋИ КРАНИОФАРИНГЕОМ - ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

Биљана Вукашиновић

Дом здравља "Горњи Милановац", Горњи Милановац, Србија

Циљ рада. Указати на потребу благовременог дијагностиковања болести због примене адекватне терапије и супституције, као и превенирања трајних оштећења организма. Краниофарингеом је бенигни тумор малигне локализације. То је спорорастући тумор епителног порекла локализован у селарном и супраселарном региону, па су манифестације од захваћене хипофизе. Нема потенцијал да метастазира, али може да инфилтрише околно ткиво и да га уништава. Показује склоност рецидивирању.

Метод. Праћење пацијенткиње од две године после порођаја до данашњег дана (12 година).

Приказ случаја. Пацијенткиња која данас има 37 година прве тегобе је осетила у својој двадесет петој години (2 године после порођаја) у виду учесталих главобоља, ослабљеног вида на левом оку, аменореје, галактореје; *СТ* визуализација приказује експанзивни процес интра, супра и параселарно, са продором у трећу možдану комору, инфилтрацијом хипофизне петелке и оптичке раскрснице. Компјутерска периметрија приказује темпоралну хемианопсију левог ока а ултразвук полинодозну струму штитасте жлезде. У терапију је уведен бромкриптин који нормализује вредност пролактина. После преоперативне припреме хидрокортизоном, урађена је операција екстирпације тумора трансфеноидалним приступом (фебруар 2001.). Због рецидива, што је чест проблем овог тумора, оперисана је и у октобру исте године, такође трансфеноидалним приступом (радикално одстрањен тумор). У терапију је уведен фенотропин 100 mg на дан, хидрокортизон 20 mg на дан, минирин једна кап дневно и левотироксин 50 mg дневно, јер је после друге операције дошло до инсипидног дијабетеса уз комплетан хипопитуитаризам. Због илефеморалне тромбозе две године је била на *ОАКТ*. Фенотропин је укинут 5 година после операције, али је због *epi* напада, праћеног губитком свести и укоченошћу уведена валпроинска киселина и карбапин уз сву претходну супституцију. Сваке године *NMR* региструје перзистентни раст рецидив тумора. За сада нема плана за нову хируршку интервенцију или радиотерапију. Свака даља одлука зависи од брзине раста тумора.

Закључак. Код младих особа треба мислити на могућност појаве краниофарингеома на основу клиничке слике и анамнезе. Благовремена терапија смањује степен инвалидности и побољшава квалитет живота.

Кључне речи: краниофарингеом, хемианопсија, хипофиза, панхипопитуитаризам

122. PREECLAMPSIA AND PSYCHOSIS DURING PREGNANCY

Mirjana Bogavac, Zoran Stajić, Biljana Lazović, Mina Cvjetković

Clinical Centre of Vojvodina, Clinic of Gynecology and Obstetrics, Novi Sad, Serbia

Clinical Hospital Centre Zemun, Belgrade, Serbia

Introduction. Pregnancy is well known a special physiologic state in which even previous mild and benign somatic and psychiatric disorders may become clinically relevant and may become serious and potentially life threatening. If this happens, the course of pregnancy and delivery should be tightly observed and conducted interdisciplinary – by an obstetrician, internist and psychiatrist.

Case report. A 38-year old pregnant female patient suffered for non-specific psychiatric disorder (F29) for last fifteen years. During the course of pregnancy she developed preeclampsia. She was hypertensive and the antihypertensive treatment included methyl-dopa, nifedipine and furosemide. On the last trimester of pregnancy thrombophilia was also diagnosed. She was admitted to the hospital and urapidine was additionally instituted to control the blood pressure. Psychiatric therapy included chlorpromazine, flufenazine and diazepam. Delivery was carried out by Caesarian section during the 34th gestational week on proposal of a psychiatrist. A preterm female neonate was born with the body mass of 1510 gr and 41 cm in good condition. Lactation was suppressed because of a mother's necessity of taking psychiatric therapy which excretes through the milk. The patient and the baby were dismissed from the hospital on the 8th post delivery day. Regular check up by an internist and psychiatrist was scheduled and advised.

Conclusion. In a pregnant woman with previously diagnosed either somatic or / and psychiatric disorders, the whole course of pregnancy, delivery and post-delivery should be tightly observed interdisciplinary by all the necessary specialists in order to prevent and treat all the complications that may arise.

Key words: Pregnancy, delivery, preeclampsia, psychiatric disorder

Literatura

1. Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, et al. *Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States*. Arch Gen Psychiatry 2008;65:8052.
2. Mervak B, Collins J, Valenstein M. *Case report of aripiprazole usage during pregnancy*. Arch. of Women's Mental Health 2008;11:249-50.
3. Schneid Kofman N, Sheiner E, Levz A. *Psychiatric Illness and adverse pregnancy outcome*. Journal of Gynecology, 2008;101(1):pp 53-6.
4. Lamberg L. *Risk and benefits key to psychotropic use during pregnancy and postpartum period*. JAMA, 2005;294(13):pp 1604-8.

123. MYASTHENIA GRAVIS - ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

Љубица Ножинић-Вилус, Мирослав Миљешић
Дом здравља "Шабац", Шабац, Србија

Циљ рада. Указати на клиничке знаке миастеније у ординацији изабраног лекара.

Метод. Приказ случаја.

Приказ случаја. Мушкарац, 72 године, дијабетичар 17 година, на терапији инсулинским аналозима и метформином. Крајем децембра 2011. године јавља се изабраном лекару због изненада насталих двослика у свим смеровима. Од раније замор и бол у ногама при дужем ходању. Без других неуролошких испада, нормотензиван, вредност гликемије 10,4 mmol/l. Пацијент смештен у неуролошко одељење у Шапцу, где је лечен антиедематозном и антиагрегационом терапијом пет дана без видљивих побољшања под Dg: *Diplopie, Polyneuropathia diabetica, Encephalopathia diabetica*. Препоручено да се уради допунска дијагностика амбулантно и уведе алфалипоинска киселина и ацетилсалицилна киселина у адекватним терапијским дозама. Пацијент се осећа све лошије, теже се креће, има повремену слабост десне руке и ноге, па тражене претраге обавља приватно. Налаз МР ендокранијума: мултипле микро-исхемијске промене различитог времена настајања и почетна исхемијска перивентрикуларна леукоенцефалопатија, уз дифузне кортикалне и супкортикалне редуктивне промене. Доплер крвних судова врата: плакови у заједничком делу каротидних артерија, пределу булбуса и почетном делу унутрашњих каротидних артерија уз редукцију лумена до 50% обострано. Лабораторијски налази: уредан тироидни статус и повишен HbA_{1c} 8,1%, триглицериди 3,5 mmol/l; остало у границама нормале.

На заказаној контроли после 10 дана изабрани лекар уочава да пацијент тешко хода и да има лакшу птозу десног капка, сазнаје да диплопије перзистирају, да се сада умори и кад говори и кад жваће. Изабрани лекар под сумњом на миастенију шаље пацијента хитно неурологу, који уводи у терапију антихолинергик и упућује пацијента на даљу дијагностику у Клинику за неурологију КЦС у Београду, где му је потврђена дијагноза на основу позитивног теста специфичног мишићног замора, те вредности *Anti-AChR At* 2,9 nmol/l (референтна вредност 0,2 nmol/l). Пацијенту је уз антихолинергик уведена и имуносупресивна и кортикостероидна терапија уз препоруку честих контрола трансaminaза и гликемије. Пацијент се осећа боље.

Закључак. *Myasthenia gravis* је ретка болест са којом се изабрани лекар среће у својој пракси. Мора је добро познавати да се не би десило да дозволи да пацијент дуго остане без дијагнозе и терапије јер му тиме може угрозити живот (миастенична криза). У овом случају коморбидитет дијабетес је делимично отежао постављање тачне дијагнозе.

Кључне речи: клинички знаци миастеније, дијагноза миастеније

Литература

1. Костић ВС и сар. *Неурологија за студенте медицине*. Издавачка делатност Медицинског факултета, Београд, 2007
2. Пекмезовић Т, Лаврнић Д, Јаребински М, Апостолски С. *Епидемиологија миастеније гравис*. Српски архив за целокупно лекарство. 2006;134(9-10):453-456.
3. Новаковић А, Аргировић А. *Миастенија гравис позног животног доба - посебан клинички ентитет*. Медицински подмладак. 2005;57(1):35-38.
4. Лаврнић Д, Ракочевић-Стојановић В, Трипковић И, Павловић С, Стевић З, Трикић Р, Нешковић В, Апостолски С. *Дијагностички проблеми код болесника с миастенијом гравис*. Српски архив за целокупно лекарство. 2000;128(7-8):247-252.

125. ПРИКАЗ СЛУЧАЈА ОБОЛЕЛОГ ОД АДЕНОКАРЦИНОМА РЕКТУМА

Мирослава Шешић-Добrkовић, Александра Јанковић
Дом здравља "Шабац", Шабац, Србија

Увод. Број оболелих од карцинома дебелог црева је у порасту. Годишње оболи 3.000 људи, а умре 2.000. Старосна граница је померена наниже. Најчешће оболевају људи од 40 до 60 година. Други је по реду узрочник смртности. Уз генетску предиспозицију, значајну улогу у етиопатогенези болести има исхрана.

Циљ рада. Улога лекара опште медицине у откривању, праћењу и лечењу болесника са карциномом колона.

Метод. Приказ случаја оболелог од аденокарцинома ректума.

Приказ случаја. 30.5.2003. год. у нашу ординацију први пут долази шездесетогодишњи мушкарац са тегобама у виду наизменичних крвавих ретких столица и затвора. Пацијент је обрађен. Ректоскопски и иригографски је откривен тумор ректума на 10 cm. Због субоклузивних тегоба 13.6.2003. је оперисан, при чему је нађен тумор ректума који је инфилтрирао задњи зид бешике, простатичну ложу, семену кесицу лево и бочни зид карлице лево. Такође је постојала и инфилтрација илеума и припадајућег мезентеријума и дошло је до формирања две ректоилеалне фистуле са изливањем фекалног садржаја у Дугласов шпиг и последичним стварањем апсцеса. Урађена је *hemicolectomia sinistri radicalis et resection ilei longi 30 cm*. Формирана је анастомоза танког црева по типу "T-T" једноредне анастомозе и анастомоза између дисталног дела колона трансверзума и остатка дисталног дела ректума стаплером. Хистопатолошки је дијагностикован *Adenocarcinoma intestini crassi gradus D secundum Dukes. Infiltratio adenocarcinomatosis in pariete intestini tenui et pariete vesicae urinariae (mkb-C20)*. Пацијент се добро опорављао. Одлуком Онколошког конзилијума 12.8.2003. прима прву хемиотерапију (ХТ) по протоколу 5-FU и Leucovorin (5-FU/LV) коју добро подноси. Прате се СТ јетре, плућа и мале карлице и лабораторијске анализе. Све је у границама нормале. Од трећег циклуса ХТ јављају се промене на плућима у виду секундарних депозита. Остали налази су нормални све до VIII циклуса (18.3.2004.) када се СТ-ом констатује више секундарних депозита у плућима. Болесник 20.1.2004. прелази на макробактеријску исхрану по Кушију које се стриктно придржава. На контролном СТ плућа 6.1.2005. не виде се секундарни депозити. Болесник се све до данас редовно контролише. Нема субјективних тегоба. Колоноскопски није нађен рецидив. СТ абдомена и мале карлице, СТ грудног коша, CEA маркер, kks и биохемијски налази су уредни.

Закључак. Колика је наша улога у откривању аденокарцинома ректума и лечењу болести процените сами, а болесник каже - велика.

Кључне речи: карцином колона, хемиотерапија, макробактеријска исхрана

Литература

1. Група аутора. *Патологија за студенте и лекаре*. Медицински факултет Универзитета у Београду 2003;стр. 363-9.
2. Стевовић и сар. *Хирургија за студенте и лекаре*. Савремена администрација 2000;стр. 830-2
3. Masoomi H, Ziogas A, Lin BS, Barleben A, Mills S, Stamos MJ, Zell JA. Population-based evaluation of adenocarcinoma of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum*. 2012 May;55(5):509-14.

126. ЕФЕКАТ АКУТНЕ ИНТОКСИКАЦИЈЕ ОРГАНОФОСФОРНИМ ЈЕДИЊЕЊИМА НА РЕНАЛНУ ФУНКЦИЈУ КОД ДЕЦЕ

Јоргованка Дрмончић Путица, Лука Путица

Медицински факултет Приштина, Косовска Митровица, Србија

Медицински факултет, Универзитет у Новом Саду, Србија

Увод. Органофосфорна једињења (ОФЈ) спадају у најчешће коришћене пестициде широм света. Познато је да ОФЈ инхибирају ензим ацетилхолинестеразу, што има за последицу нагомилавање ацетилхолина као потентног неуротрансмitera. Резултат је прекомерна холинергична стимулација, која доводи до хиперхолинергичне кризе и клиничких манифестација акутног тровања ОФ пестицидима. Ретки су подаци у литератури о искуствима са оштећењем бубрега због деловања ОФЈ. Међутим, у склопу тешких акутних форми тровања јавља се синдром мултисистемске, односно мултиорганске инсуфицијенције у чијем склопу, релативно ретко, али се јавља и бубрежна инсуфицијенција, која је у корелацији са смртним исходом.

Циљ рада. Анализирати клиничке карактеристике акутног тровања деце ОФЈ са посебним освртом на ток као и на исход акутног тровања.

Метод. Истраживање је спроведено ретроспективно на 173 пацијената са манифестним знацима акутног тровања ОФЈ.

Резултати. Од 173 деце, 95 (54,9%) су били дечаци, 78 (45,0%) девојчице. Узраста 0-12 мес. 14 (8,0%), 13-36 мес. 64 (36,9%), 4-7 год. 70 (40,4%), 8-14 год. 23 (13,3%), 14 год. 2 (1,1%), са распоном од 5 мес. До 14 год. Најчешће место акцидента (65,12%) била је рурална средина. Дистрибуција према сезони јављања показује да је код по 50 (28,9%) до акцидента дошло током пролећа и лета. Тешка клиничка слика манифестовала се код 80 (46,2%). Рутинским праћењем функционалних тестова бубрежне функције и компарацијом са контролном групом, констатована је статистички значајна разлика међу групама за уреу ($p < 0,01$) и креатинин ($p < 0,01$).

Закључак. Акутна холинергична криза јесте главна манифестација акутног тровања ОФ једињењима и може бити узрок леталног исхода у кратком временском интервалу. Основа лечења је брза имплементација ургентне терапије акутног тровања како би се избегле межељене последице. Важна су три фундаментална принципа у току примене мера лечења: (а) деконтаминација организма, (б) потпорна нега и терапија. и (с) примена антидот терапије. Детаљном анализом и корекцијом хидроелектролитног ацидобазног статуса и терапијом ургентне надокнаде течности, показало се као добар начин лечења, односно терапија избора, која доводи до корекције насталих поремећаја, поред тога до детоксификације и убрзаног излучивања метаболита ОФЈ.

Кључне речи: акутно тровање ОФЈ, деца, нефротоксичност

Литература

1. Agostini M, Bianchin A. *Acute renal failure from organophosphate poisoning: a case of success with haemofiltratio*. Human & Experimental Toxicology 2003;22: 165-167.
2. окановић М. Токсикологија. *Elit – Medica*, Београд, 2001;стр. 161-176.
3. Betrosian A, Balla M, Kafri G, Kofinas G, Makri R, Kakouri A. *Multiple system organ failure from organophosphate poisoning*. Clinical Toxicology 1995;33:257-330
4. Oncu M, Gultekin F, Karaöz E, Altuntas I, Delibas N. *Nephrotoxicity in rats induced by chlorpyrifos-ethyl and ameliorating effects of antioxidants*. Human & Experimental Toxicology, 2002;pp 223-230.

127. АНАЛИЗА СИСТЕМАТСКИХ ПРЕГЛЕДА ОДРАСЛИХ У ЈАГОДИНИ

*Мирјана Петро, Виолета Јанићијевић, Љубинка Радовановић**

Дом здравља "Јагодина", Јагодина, Србија

*Општа болница, Јагодина, Србија

Увод. Систематски прегледи одраслих дефинисани су Законом о здравственој заштити и Правилником о обиму и садржају превентивних мера. Реализација ових прегледа има велики значај у циљу раног откривања и спречавања појаве обољења.

Циљ рада. Приказати организацију систематских прегледа одраслих на терену у Јагодини. Анализирати откривене факторе ризика и приказати их према полу и старости. Утврдити повезаност између појединих фактора ризика.

Метод. Као извор података коришћена је евиденција вођена током систематских прегледа који су реализовани крајем 2011. године. У раду је примењен аналитичко дескриптивни метод, а повезаност фактора ризика тестирана је линеарном корелацијом и корелацијом ранга.

Резултати. У организацији локалне самоуправе, Дома здравља и Опште болнице "Јагодина" спроведени су систематски прегледи одраслих у периоду од 1. новембра до 18. децембра 2011. године. Акцијом је обухваћено 7.384 становника или 12,6% од укупног броја одраслих особа. Становници су могли на једном месту да ураде основне анализе крви, затим да се прегледају код хирурга, интернисте, гинеколога, лекара опште медицине и на крају да добију бесплатно одређене лекове. За 48 дана обављено је укупно 15.080 прегледа, од тога 5.730 код лекара опште медицине. Контролом притиска утврђено је да 49,1% прегледаних има повишен крвни притисак, а међу њима тешку хипертензију 8,3% становника. Повећане вредности глукозе у крви (вредности веће од 7) има 18,4% мушкараца и 15,9% жена. Гојазност је процењена на основу индекса телесне масе (ИТМ); ИТМ већи од 30 има 23,5% жена и 17,9% мушкараца, а просечан индекс износи $27,1 \text{ kg/m}^2$. Применом корелације ранга утврђено је да постоји статистички високо значајна повезаност између ИТМ и глукозе у крви и између ИТМ и крвног притиска.

Закључак. Систематски прегледи су успешно организовани захваљујући великом ангажовању и учешћу локалне самоуправе. Анализом података утврђено је велико присуство фактора ризика у популацији општине Јагодина. Половина прегледаних становника има повишен крвни притисак, свака пета одрасла особа је гојазна, а свака шеста има повећан ниво глукозе у крви. Редовни и обавезни систематски прегледи одраслих, а такође и едукација становништва, довели би до редукције многих обољења.

Кључне речи: систематски прегледи, фактори ризика, крвни притисак, глукоза, гојазност

Литература

1. Министарство здравља Републике Србије. *Национални водич добре клиничке праксе за дијагностиковање и лечење артеријске хипертензије*. Београд, 2011.
2. Министарство здравља Републике Србије. *Гојазност*. Национални водич за лекаре у примарној здравственој заштити. Београд, 2004.

130. УЧЕСТАЛОСТ *HIV* ИНФЕКЦИЈЕ У РАСИНСКОМ ОКРУГУ

Славица Илић, Верољуб Вучић
Дом здравља "Трстеник", Трстеник, Србија

Увод. Синдром стечене имунодефицијенције - *Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)* је заразна болест која је први пут регистрована 1981. године у САД код младих мушкараца хомосексуалаца са тешким обликом пнеумоније изазване *Pneumocistitis carinii*.

Циљ рада. Сагледавање учесталости анти-*HIV* позитивних особа и увид у стање серопозитивних особа у Расинском округу за последњих 5 година.

Метод. У периоду од 2007. до 2011. године тестирано је у Заводу за заштиту здравља у Расинском округу 2.716 особа; тестиране су, пре свега, по епидемиолошким индикацијама особе које припадају групама ризичног понашања. Присуство антитела на *HIV* у серумима одређивано је *Elisa* техником. Код анти-*HIV* позитивних рађен је потврдни тест *Western blot*.

Резултати. У 2007. тестиране су 154 особе од којих је једна била позитивна. У 2008. год. тестирано је 250 особа од којих су била три позитивна. У 2009. год. тестирано је 397 особа од којих су била 4 позитивна. У 2010. год. тестирано је 1.371 особа од којих су била 2 позитивна. И у 2011. год. тестиране су 544 особе од којих су биле 2 позитивне. Од 12 серопозитивних, 3 су жене и 9 мушкараца. Једна особа је оболела од сиде са смртним исходом, а једна је са симптомима прогресивне лимфаденопатије. Осталих 10 су асимптоматски носиоци *HIV*-а.

Закључак. Интензивно вирусолошко и епидемиолошко истраживање у Расинском округу почело је 2007. год. када је и откривен први случај *HIV* позитивности. Најугроженија група су особе које припадају групи промискуитетних понашања, а највећи део је боравио у иностранству.

Кључне речи: *HIV* инфекција, *Elisa* метод, сида (*AIDS*)

131. СИСТЕМАТСКИ ПРЕГЛЕДИ УЧЕНИКА У НОВОМ САДУ ШКОЛСКЕ 2010/2011. ГОДИНЕ

Милка Будаков, Мила Хаднађев, Дарка Хаднађев, Љиљана Шарац
Снежана Тређаков*

Дом здравља "Нови Сад", Нови Сад, Србија

*Клинички центар Војводине, Нови Сад, Србија

Циљ рада. Утврдити учесталост анормалија код ученика основних и средњих школа у Новом Саду, у току школске године 2010/2011.

Метод. Увидом у Електронску базу података Дома здравља „Нови Сад“, регистровани су подаци о броју ученика, броју прегледаних ученика и систематским прегледима ових ученика.

Резултати. Од укупно 26.783 ученика основних школа, прегледано је 10.816 (40,38%). Лоше телесно држање је имало 2.560 (23,67%) ученика, мишићно-коштане анормалије 2.559 (23,66%), анормалије чула 42 (0,39%), срчане мане 10 (0,09%), говорне 12 (0,11%) и психички недовољан развој 3 (0,03%). Сва остала патолошка стања је имало 214 (1,98%) деце. Од укупно 14.138 ученика средњих школа, прегледано је 4.036 (28,55%). Нађено је да лоше телесно држање има 1.147 (28,42%), локомоторне деформације 1.084 (26,86%), анормалије чула 39 (0,97%), срчане мане 9 (0,22%), говорних мана није било нити психички недовољно развијене деце. Сва остала хронична патолошка стања је имало 182 деце (4,51%).

Закључак. Посматрајући неправилности на систематским прегледима ученика у Новом Саду, школске године 2010/2011. највише је било деце са лошим држањем тела, деформацијама коштано-мишићног система, хроничним патолошким стањима и оштећењима чула.

Кључне речи: систематски прегледи, ученици, анормалије

Литература

1. Adegbehingbe Olayinka, Fatusi Adesegun, Adegbenro Caleb, Late Adeitan Opeyemi, Abass Ganiyu, Akintunde Akintomiwa. *Musculoskeletal Disorders: Epidemiology and Treatment Seeking Behavior of Secondary School Students in a Nigerian Community*. Indian Journal of Community Medicine. January 2009;34(1).
2. Lafond D, Descarreaux M, Normand MC, Harrison DE. *Postural development in school children: a cross-sectional study*. Chiropractic & Osteopathy 2007;15:1 doi:10.1186/1746-1340-15-.1
3. Shawky RM, Sadik DI. *Congenital malformations prevalent among Egyptian children and associated risk factors*. The Egyptian Journal of Medical Human Genetics. 2011;12:69–78.

132. КОРЕЛАЦИЈА ФИЗИЧКЕ АКТИВНОСТИ И РЕГУЛИСАНОСТИ ХИПЕРТЕНЗИЈЕ

Бисерка Обрадовић, Марија Илић, Бранка Лазић
Дом здравља "Стари град", Београд, Србија

Увод. Артеријска хипертензија је болест са највећом преваленцијом код одраслог становништва. Она је мегафактор ризика за настанак кардио-васкуларних болести. Хипертензија је условљена многим факторима, а пре свега физичком активношћу. Без добре физичке активности нема ни добре функције организма ни једног живог бића, па ни човека.

Циљ рада. Сагледавање корелације физичких активности (брзог хода) и дозе антихипертензива АС инхибитора, односно смањење крвног притиска.

Метод. Праћење 202 пацијента у периоду од 01.01.2011. до 31.12.2011. Испитаници су морали да имају регулисану *ТА* последња три месеца, уз терапију, где је главно место заузимао АС инхибитор. Испитаници су подељени у две групе: 1. група је лечена само од *НТА* и њу је чинило 78 испитаника (34 мушкарца и 44 жене); 2. група је поред *НТА* имала најмање једно КВО, и њу је чинило 124 испитаника (68 мушкараца и 56 жена).

Резултати. Сви испитаници су после месец дана брзог хода достигли ниво дневног пешачења 5 *km*. После 3 месеца брзог хода од 5 *km* у првој групи, 59 (75,64%) испитаника је смањило дозу АС инхибитора на 50%, а у другој групи 32 (25,85%) испитаника. У 2. групи је 69 (55,64%) испитаника је после 5 месеци дозу АС инхибитора смањило на 50%.

Закључак. Свакодневна физичка активност смањује крвни притисак, а самим тим и дозу АС инхибитора. Физичка активност је лек који може заменити многе лекове, а не постоји лек који може заменити физичку активност.

Кључне речи: физичка активност, хипертензија, *АСИ*

134. СТЕНОЗИРАЈУЋИ ТЕНОСИНОВИТИС – ШКЉОЦАВИ, ПОСТОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕЊЕ - НАША ИСКУСТВА

Средоје Ђурић, Иван Ивановић

Општа болница, Вршац, Србија

Увод. Шкљоцави прст или стенозирајући теносиновитис је релативно честа болест која за последицу има умањену радну способност и разлог је одсуствовања са посла. Углавном се јавља код људи изнад 45 година а среће се и као конгенитална форма. Настаје као резултат хроничног трауматизирања флексорних тетива у пределу испод главице метакарпалних костију. Тетива је пролиферацијом проширена, па тешко или никако не пролази испод првог ануларног лигамента, који са осталим ануларним лигаментима затежу флексорне тетиве уз чланкове прстију при флексији. Флексија прстију се одвија уз шкљоцај и бол.

Циљ рада. Аутори анализирају 8 пацијената који су оперативно лечени а након неуспелог конзервативног лечења физикалне процедуре, кортикостероиди итд.

Метод. Операција се састоји у уздужној инцизији првог ануларног лигамента.

Резултати. Од 8 оперисаних, 7 су жене и једногодишњи дечак са обостраним стенозирајућим теносиновитом на палчевима шака. Старост оперисаних 49,4 год. (46-54). Процес је био на прстима доминантне шаке: палац 3, кажипрст 2, трећи 1, четврти 1. Постоперативни опоравак брз. Функција потпуна. Просечно боловање од 14 до 21 дан.

Закључак. Оперативном лечењу треба приступити одмах након неуспелог конзервативног лечења, чиме се избегава дого боловање и радна неспособност.

Кључне речи: прст, тетива, стеноза

135. БАЗАР ЗДРАВЉА

Гордана Паповић Ђукић, Славиша Ђукић, Весна Глишић
 Дом здравља "Вељко Влаховић", Врбас, Србија
 Клинички центар Војводине, Нови Сад, Србија
 Завод за здравствену заштиту радника Застава, Крагујевац, Србија

Циљ рада. Указати на значајност вођења бриге о здрављу и превенцији обољења у свим добним групама кроз манифестацију "Базар здравља" (БЗ).

Метод. Дат је приказ манифестације БЗ одржане јула 2011. године у Врбасу. Обухваћено је 478 испитаника различитог узраста ради пружања здравствених услуга и савета, који при том не морају бити здравствени осигураници. Вршено је мерење крвног притиска (КП), нивоа шећера (ШУК), холестерола и триглицерида у крви, одређиван *BMI* (*body mass index*). Рађен је електрокардиограм (ЕКГ), пружани су савети из области интерне медицине, стоматологије, гинекологије, ортопедије. "Отворена врата" гинеколошког одељења подразумевала су пружање ултразвучног прегледа, колпоскопије, брисева за лабораторијске претраге и *PAP*-а тест. Заказиван је ултразвучни преглед (УЗ) дојки у превенцији карцинома дојки, као и едукативна симулација самопрегледа дојки. Рађено је бесплатно тестирање на *HIV/AIDS* (*cuida*).

Резултати. Од 9 до 13 часова посматрано је 290 жена са просеком 64 године и 188 мушкараца са просеком 67 година. Најмлађи испитаник је стар 24 године, најстарији 88 година. Мерење шећера у крви је вршено код 81 (17%) испитаника, а просечна вредност је била 6,53 *mmol/l*; код 40 (49%) испитаника су нађене повишене вредности. Мерење холестерола је рађено код 49 испитаника, а просечна вредност је 5,42 *mmol/l*. Код 49% испитаника је уочена повишена вредност холестерола. Мерење триглицерида је извршено код 52 (11%) испитаника, просечна вредност је 2,62 *mmol/l*. Код 31 (60%) испитаника уочене су повишене вредности триглицерида. ЕКГ је рађен код 37 (5%) испитаника, а КП је измерен код 153 (32%) испитаника. Код 70 (46%) испитаника је измерен повишен КП. Савете везане за превенцију, дијагностику и лечење је добило 112 (23,4%) испитаника. Штампани едукативни материјал је добило 106 (22%) испитаника.

Закључак. Базар здравља је добар вид превенције болести и здравствено васпитног рада који даје позитивне резултате, што указује да овакве видове манифестације треба неговати и прихватити као трајно опредељење.

Кључна реч: здравље

136 . CHURG-STRAUSS SYNDROME - A CASE REPORT

Biljana Lazović, Zoran Stajić, Vesna Popović
KHC Zemun, Beograd, Srbija

Introduction. Churg-Strauss syndrome (CSS) is an infrequent vasculitis that affects small to medium-sized vessels. The typical patient with CSS is a middle aged individual with a history of new-onset or newly-worsened asthma.

Case report. We report a case of a seventy-two-year-old female presented with a one month history of progressive dyspnea, productive cough, pain of elbows and knees, and 40°C fever despite antibiotic treatment. She has been diagnosed of bronchial asthma over 30 years. In recent five years she used fixed combination of inhaled corticosteroids and LABA regularly, but despite this she was getting feeling worse.

Physical examination revealed tachypnea, wheezes, rhonchi and wet crackles on auscultation, tachycardia, skin nodules and urticarial. Chest X-ray showed transient, patchy, nonsegmental areas of consolidation with predilection for lower zones with the area of consolidation in lower right zone. Obstruction was found on spirometry. Laboratory exams revealed elevated CRP, WBC, eosinophils, and IgE levels. ANA and ANCA antibodies were not found. Patient was diagnosed of Churg Strauss syndrome and initial treatment of prednisone was introduced. After four days of treatment, temperature normalized, and dyspnea diminished. After one month of therapy skin lesions regressed. After a six months of the treatment patient reports no signs, nor symptoms of the disease. Patient continues oral corticosteroid therapy.

Key words: granulomatosis, vasculitis, persistent asthma

Literatura

1. Corren J. *Inhibition of interleukin-5 for the treatment of eosinophilic diseases.* Discov Med. 2012;13(71):305-12.
2. Shimoi T, Shojima K, Murota A, Takizawa Y, Maruyama J, Setoguchi K. *Clinical and pathological features of Churg Strauss syndrome among a Japanese population: a case series of 18 patients.* Asian Pac J Allergy Immunol. 2012; 30(1):61-70.
3. Ghosh S, Bhattacharya M, Dhar S. *Churg-strauss syndrome.* Indian J Dermatol. 2011; 56(6):718-21.
4. Santana AN, Woronik V, Halpern AS, Barbas CS. *Treatment of antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis: update.* J Bras Pneumol. 2011;37(6):809.
5. Fujii K, Hidaka Y. *Churg-Strauss syndrome complicated by chronic periaortitis: a case report and review of the literature.* Intern Med. 2012;51(1):109-12.

139. HEALTHCARE WASTE MANAGEMENT - A PRECONDITION FOR HEALTH AND OCCUPATIONAL SAFETY

*Verica Jovanović, Jan Gerrit Tesink, Craig Chandler, Branislava Matić,
Radmila Serović*

Euro Health Group, Project TA HCW

COWI, Project TA HCW

Euro Health Group, Project TA HCW

Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanovic Batut"

Ministarstvo životne sredine, rudarstva i prostornog planiranja,

Odeljenje za upravljanje otpadom

Belgrade, Serbia

Introduction. Healthcare should be available to all and each individual should have equal opportunity to access healthcare services. Provision of healthcare services is linked with the generation of healthcare waste, classified in line with the Rulebook and Serbian Waste Catalogue, modelled after the European Waste Catalogue (3). The generated healthcare waste is disposed of by healthcare institutions according to the laws and regulations of the Republic of Serbia regulating both healthcare and waste management.

Objectives. To demonstrate the impact of healthcare waste handling on occupational safety. Methods: Research instruments include a survey questionnaire, guidelines for healthcare waste management monitoring, and the annual report of the Institute of Public Health "Dr. Milan Jovanović Batut". Instruments were used in cooperation with the project team of the "Technical Assistance for Healthcare Waste Treatment in Serbia", which is a Project of the Ministry of Health and the Ministry of Environment, Mining and Spatial Planning, funded by the European Union.

Results. Most healthcare institutions in the public sector respect and apply the regulations on safe waste handling - over 70% of the institutions; more than 80% of the healthcare institutions have appointed their healthcare waste management officers; 80 state-owned institutions have been appointed as infectious healthcare waste treatment points. Approximately 5000 tons of infectious healthcare waste is generated per year. Approximately 300 tons of historical pharmaceutical waste is stored in the public healthcare institutions in 2012. Lack of funding is an obstacle for the sustainability of the healthcare waste management system.

Conclusion. Healthcare waste management is constantly improving in Serbia. Laws and practices are being harmonized with those of the European Union. Occupational health and safety is one of the ultimate objectives of an efficient healthcare system. Cooperation between the two key Ministries, Ministry of Health and the Ministry of Environment with support by EU sets the direction for future development of healthcare waste management and occupational health and safety.

Keywords: healthcare, healthcare waste, occupational health and safety, environment protection

Резултати истраживања лекара опште медицине Друштва лекара Војводине

160. ПРЕВАЛЕНЦИЈА ВОДЕЋИХ ФАКТОРА РИЗИКА ЗА НАСТАНАК ХРОНИЧНИХ НЕЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ

*Милоранка Петров Киурски, Нада Арсенов, Снежана Стојић, Данка Прванов,
Драгана Босић –Живановић, Тамара Роквић*

Дом здравља Зрењанин, Дом здравља Кикинда, Дом здравља Нови Сад,
Дом здравља Панчево, Дом здравља Рума, Дом здравља Суботица, Србија

Увод. Хроничне незаразне болести (ХНБ) представљају водећи здравствени проблем у структури морбидитета и mortalитета становништва, те су најчешћи здравствени проблем пацијената у општој медицини.

Циљ рада. Откривање и идентификација водећих фактора ризика за развој хроничних незаразних болести, као и њихова повезаност и мулти-факторијалност са тим обољењима код одраслог становништва у амбулантама опште медицине у Војводини.

Метод. Истраживање је, као студија пресека, спроведено у 6 Домова здравља: Кикинди, Новом Саду, Панчеву, Руми, Суботици и Зрењанину. Формиран је упитник за евидентирање: општих демографских података, водећих фактора ризика (пушење, хипертензија, хиперхолестеролемија, алкохолизам, гојазност и физичка неактивност) и присуства ХНБ (кардиоваскуларне, малигне болести, ХОБП, дијабетес и хроничне мускулоскелетне болести). Упитник су попуњавали лекари опште медицине за све пацијенте који су у периоду од 5 дана (23-27.04.2012.) посетили свог изабраног лекара. Регионални истраживачи у Домовима здравља су податке из упитника електронски проследили главном истраживачу студије, и сви су статистички обрађени.

Резултати. Обрађено је 5.802 испитаника оба пола (2.304 мушкарца и 3.473 жене), просечне старости $58,10 \pm 14,55$ год. Водећи фактори ризика заступљени су код 89,68% испитаника - највише физичка неактивност (60,81%), потом хипертензија (58,67%) и хиперхолестеролемија (34,47%). Четвртина испитаника су пушачи (25,61%), петина је гојазна – 21,87%, а 10,86% конзумира алкохол. У испитиваној популацији само код 10,32% није евидентиран ниједан фактор ризика, један фактор ризика имало је 15,22% испитаника, два фактора – 21,37%, а сви остали, а њих је било највише, имали су три и више фактора, што потврђује мултифакторијалност ових обољења. Од укупног броја испитаника 75,30% је имало неко од ХНБ, а највећа је заступљеност кардиоваскуларних болести (60,19%). Коморбидитет је имало 65,07% испитаника, а далеко најчешћа комбинација обољења је кардиоваскуларне (КВ) и дијабетес, а потом кардиоваскуларне и хроничне мускулоскелетне болести (ХМС). Без обољења је било 24,70%, али је међу њима 66,36% имало један или више фактора ризика. Анализом заступљености појединих фактора ризика у ХНБ, добијено је да је код КВ болести најзаступљенија хипертензија, хиперхолестеролемија и физичка неактивност, док је код болесника са дијабетесом највише гојазних и са смањеном физичком активношћу. Само 2,77% испитаника је имало ХНБ без евидентираних присуства неког од посматраних фактора ризика.

Закључак. У испитиваној популацији висока је заступљеност посматраних фактора ризика за ХНБ (89,68%), а најзаступљенија је физичка неактивност, хипертензија и хиперхолестеролемија, ХНО има 2/3 испитаника са присутним факторима ризика, а највише је оних са три и више фактора, само код 2,77% испитаника који имају ХНБ није евидентиран ниједан посматрани фактор.

Кључне речи: хроничне незаразне болести, фактори ризика за хроничне незаразне болести

Литература

1. Petrović-Oggiano G, i sar. *Fizička aktivnost i kardiovaskularni rizik*. Med Pregl, Novi Sad: mart-april. 2010;(3-4):200-207.
2. Capilheira MF et al. *Risk factors for chronic non-communicable diseases and the CARMEN Initiative: a population-based study in the South of Brazil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008 ;24(12):2767-2774.
3. *Стратегија за преваленцију и контролу хроничних незаразних болести*. Министарство здравља Републике Србије, Републичка стручна комисија за превенцију ХНБ, 2008.
4. Арсић М. *Фактори ризика хроничних незаразних обољења*. Докторска дисертација, Универзитет у Новом Саду, Медицински факултет, Нови сад, 2011.
5. Thankappan KR, Bela Shah et al. *Risk factor profile for chronic non-communicable diseases. Results of a community-based study in Kerala, India*, Indian J Med Res, January 2010;131:53-63.

**XVII КОНГРЕС ЛЕКАРА СРБИЈЕ
III КОНГРЕС ЛЕКАРА
ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ СРБИЈЕ**

Предавања у оквиру Симпозијума – сажеци

ХРОНИЧНА ОБОЉЕЊА СА ПОЧЕТКОМ У ДЕТИЊСТВУ И АДОЛЕСЦЕНЦИЈИ

проф. др Недељко Радловић^{1,2}, проф. др Радован Богдановић^{1,3}

¹Медицински факултет, Универзитет у Београду,

²Универзитетска дечја клиника, Београд

³Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије "Др Вукан Чупић",
Београд, Србија

Детињство и адолесценција представљају етапу живота карактеристичну не само по расту и развоју, него и појави бројних обољења која се у пуном обиму испољавају у одраслом или познијем добу. Отуда, благовремено препознавање и лечење ових обољења чини основу њихове адекватне контроле, односно превенције различитих компликација које, неретко, могу бити веома озбиљне, па и фаталне. У склопу овог симпозијума издвојена је група хроничних, потенцијално прогресивних и озбиљних патолошких стања која су релативно често присутна и у дечјој и адултној медицини, као што су артеријска хипертензија, хронична ренална инсуфицијенција, хиперкалциурија, целијачна болест, хемофилија, хронични идиопатски артритис и сродна обољења, гојазност и дијабетес мелитус деце и младих, хипотиреоза, развојни поремећаји кука и равна стопала. Значајно место је дато програму лечења одраслих са урођеним срчаним манама, као и далекосежним консеквенцијама хроничних плућних болести новорођенчета. Сва обољења су изнета у ревијалном облику и обухватају етиопатогенезу, клиничку слику, компликације, дијагностику, лечење и прогнозу. Посебна пажња је посвећена благовременом препознавању и адекватном третману ових патолошких стања, као и спречавању њихових непосредних и каснијих компликација. Подразумева се, у свим случајевима где је то могуће, истакнут је значај одговарајућих мера у циљу превенције појаве саме болести.

Литература

1. Johnson RC, Schoeni RF. Early-life origins of adult disease: national longitudinal population-based study of the United States. *Am J Public Health* 2011;101(12):2317-24.
2. Goodman DM, Hall M, Levin A, Watson RS, Williams RG, Shah SS, Slonim AD. Adults with chronic health conditions originating in childhood: inpatient experience in children's hospitals. *Pediatrics* 2011;128(1):5-13.
3. Martinson ML, Teitler JO, Reichman NE. Health across the life span in the United States and England. *Am J Epidemiol* 2011;173(8):858-65.
4. Ilina MV, Kepron CA, Taylor GP, Perrin DG, Kantor PF, Somers GR. Undiagnosed heart disease leading to sudden unexpected death in childhood: a retrospective study. *Pediatrics* 2011;128(3):e513-20.
5. Schwartz LA, Tuchman LK, Hobbie WL, Ginsberg JP. A social-ecological model of readiness for transition to adult-oriented care for adolescents and young adults with chronic health conditions. *Child Care Health Dev* 2011;37(6):883-95.
6. Delaney L, Smith JP. Childhood health: trends and consequences over the life course. *Future Child* 2012;22(1):43-63.

ЦЕЛИЈАЧНА БОЛЕСТ – САВРЕМЕНИ АСПЕКТ

проф. др Недељко Радловић

Медицински факултет, Универзитет у Београду,
Универзитетска дејча клиника, Београд, Србија

Целијачна болест (ЦБ) представља аутоимуно обољење индуковано глијадином и сродним проламином присутним у брашну пшенице, ражи и јечма. Примарно се среће код припадника беле расе (1:100), док је код обојених знатно ређа или изузетно ретка. У тзв. „ризичним групацијама“, као што су сродници првог реда са оболелим и болесници с другим аутоимуним обољењима, дефицитом *IgA* и синдромима *Down*, *Turner* и *Williams*, њена учесталост је 5-10 пута већа. Основу болести и кључни налаз у њеној дијагностици чини неспецифично запаљење слузокоже танког црева, које ишчезава на дијети без глутена. Уз глутен-сензитивну ентеропатију, вишеструко чешће асимптоматску него симптоматску, болест је у високом проценту праћена и различитим екстраинтестиналним манифестацијама.

Дијагноза ЦБ се заснива на ентеробиопсији са патохистолошким прегледом слузнице танког црева. Према најновијим препорукама Европског удружења за дејчу гастроентерологију, хепатологију и нутрицију (*European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition, ESPGHAN*), које су дефинисане 2010. године, ова процедура није неопходна само код болесника са симптомима и/или знацима који одговарају целијачној болести, а уз то поседују титар *IgA* антитела на ткивну трансглутаминазу (*AtTG*) изнад 100 U/ml, позитивна антиендомизијумска антитела и целијачни *HLA (DQ2* и/или *DQ8)*. У прилог потврде присуства болести, односно оправданости увођења дијете без глутена без претходне ентеробиопсије, говоре клинички опоравак болесника и ишчезавање *AtTG*. Овакав став у дијагностици ЦБ се заснива не само на великој сензитивности и специфичности *IgA AtTG* као серолошког маркера болести (>95%), него и високо сигнификантној корелацији њиховог титра са степеном оштећења слузнице танког црева, као и готово неизоставном (>98%) присуству *HLA DQ2* и/или *DQ8*. Серолошки показатељи болести, као што су аутоантитела на ендомизијум и ткивну трансглутаминазу, имају високу сензитивност и специфичност, али не и апсолутну дијагностичку вредност. Отуда се примарно користе у откривању асимптоматских и нетипичних облика болести, као и у процени доследности елиминационе дијете у случајевима где је болест већ верификована.

Основу лечења ЦБ чини доживотна дијета без глутена. Код већине болесника је током иницијалне фазе третмана потребна корекција дефицита микроелемената и витамина, пре свега гвожђа и фолата, а у 5%-10% случајева и привремена рестрикција лактозе. У најтежим облицима болести, поред стабилизације водено-соног биланса и уклањања едема, примењују се семиелементарна и/или додатна парентерална исхрана, а изузетно ретко и краткотрајна гликокортикоидна терапија.

Уз стриктну дијету без глутена оболели од ЦБ имају добру прогнозу. Заправо, уколико поштују одговарајући режим исхране ове особе нису болесници. Непридржавање дијете без глутена, међутим, може да доведе до различитих компликација, некад и веома тешких.

Литература

1. Mäki M. Celiac disease. In: Kleinman RE, Sanderson IR, Goulet O, Sherman PM, Mieli-Vergani G, Shneider B, eds. Walker's Pediatric Gastrointestinal Disease. Hamilton:BC Decker Inc, 2008:319-27.
2. Green PH, Cellier C. Celiac disease. N Engl J Med 2007;357(17):1731-43.
3. Scanlon SA, Murray JA. Update on celiac disease - etiology, differential diagnosis, drug targets, and management advances. Clin Exp Gastroenterol 2011;4:297-311.
4. Ribes-Koninckx C, Mearin ML, Korponay-Szabó IR, et al. ESPGHAN Working Group on Coeliac Disease Diagnosis. Coeliac disease diagnosis: ESPGHAN 1990 criteria or need for a change? Results of a questionnaire. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2012;54(1):15-9.
5. Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó IR, et al. ESPGHAN Working Group on Coeliac Disease Diagnosis; ESPGHAN Gastroenterology Committee. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition guidelines for the diagnosis of coeliac disease. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2012;54(1):136-60.
6. Aggarwal S, Lebowitz B, Green PH. Screening for celiac disease in average-risk and high-risk populations. Therap Adv Gastroenterol. 2012;5(1):37-47.

АРТЕРИЈСКА ХИПЕРТЕНЗИЈА У ДЕТИЊСТВУ И АДОЛЕСЦЕНЦИЈИ

проф. др Радован Богдановић^{1,2}, Наташа Стајић²

¹Медицински факултет, Универзитет у Београду,

²Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“,
Београд, Србија

Артеријска хипертензија представља један од главних фактора ризика за настанак атеросклерозе и последичне кардиоваскуларне, цереброваскуларне и бубрежне болести. Дефиниција нормалног и повећаног крвног притиска (КП) код деце и адолесцената је епидемиолошког карактера и заснована је на дистрибуцији вредности КП код здраве деце. Дијагноза артеријске хипертензије се поставља када је систолни и/или дијастолни КП изнад 95. перцентила за пол, узраст и висину. Крвни притисак треба измерити сваком детету у узрасту изнад 3 године а и млађем уколико постоји повећан ризик за хипертензију. Најчешћи метод мерења је стандардана аускултациона сфигмоманометрија а све више се примењује и континуирано амбулаторно мерење КП. Артеријска хипертензија може бити примарна, тј. без јасне етиологије и најчешће удружена са прекомерном телесном масом и секундарна, проузрокована обољењем бубрега, кардиоваскуларног или ендокриног система. У последњих неколико деценија се код деце и адолесцената много чешће среће примарна хипертензија, што је у тесној вези са повећањем преваленције гојазности у популацији најмлађих. Примарна хипертензија је најчешће блага или средње изражена. Секундарна хипертензија је чешћа код деце него код одраслих. Етиологија хипертензије се може утврдити пажљивом анамнезом и клиничким прегледом, као и лабораторијским скрининг тестовима који су тако дизајнирани да се са великом вероватноћом открију најчешћи узроци. Оштећење циљних органа се често налази код хипертензије тежег степена. Маркер оштећења циљних органа су хипертензивна ретинопатија, хипертрофија леве коморе и микроалбуминурија. Лечење хипертензије подразумева нефармаколошку и фармаколошку терапију. Нефармаколошка терапија обухвата смањење прекомерне телесне масе, редовну физичку активност, дијету са смањеним уносом кухињске соли и висококалоричних намирница и повећање уноса воћа и поврћа. Фармаколошка терапија је индикована код симптомске хипертензије, секундарне хипертензије, као и када постоји оштећење циљних органа. Циљ терапије је смањење крвног притиска испод 95. перцентила код примарне хипертензије без оштећења циљних органа и испод 90. перцентила ако постоји придружена хронична болест бубрега, дијабетес или оштећење циљних органа.

Литература

1. Flynn JT. Pediatric hypertension update. Curr Opin Nephrol Hypertens. 2010;19(3):292-7.
2. Daniels SR. Diagnosis and management of hypertension in children and adolescents. Pediatr Ann 2012;41(7):1-10.
3. de Ferranti SD, Gillman MW. Hypertension in Children and Adolescents-More Questions Than Answers. Arch Pediatr Adolesc Med 2012; 23:1-3.

ПРЕВАЛЕНЦИЈА МЕТАБОЛИЧКИХ КОМПЛИКАЦИЈА КОД ГОЈАЗНЕ ДЕЦЕ И АДОЛЕСЦЕНАТА

Драган Здравковић

Медицински факултет, Универзитет у Београду,
Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“,
Београд, Србија

Гојазност деце и адолесцената је један од најозбиљнијих јавно-здравствених проблема у већини земаља света. Упоредо са повећањем преваленције гојазности у тим узрастним групама, долази и до повећања учесталости метаболичких и кардиоваскуларних компликација, пре свега поремећаја толеранције на глукозу, дијабетес мелитуса тип 2, хипертензије и дислипидемије. У литератури је описана јединствена подгрупа „метаболички здравих гојазних особа“, код којих је ризик од развоја метаболичких компликација знатно мањи.“ Ове особе, упркос ексцесивној гојазности, показују повољан метаболички профил са високим нивоом инсулинске сензитивности, повољан липидни, хормонски и инфламациони профил, нормалне ензиме јетре и нормалан крвни притисак. Поред очуване сензитивности на инсулин, која је најчешће коришћен критеријум за идентификацију метаболички здравих, код ових особа је утврђен велики број клиничких и метаболичких карактеристика по којима се разликују од осталих гојазних. Познато је да висцерална маст, а првенствено накупљање масти у јетри гојазних представља значајан фактор ризика за резистенцију на инсулин и друге метаболичке компликације гојазности. Метаболички здраве гојазне особе имају другачију дистрибуцију прекомерне телесне масе и према резултатима више истраживања и до 54% мање висцералних депоа масти у односу на друге гојазне. Упркос повољном метаболичком профилу, досадашње студије нису доказале нижу стопу морталитета у овој подгрупи гојазних особа. Налази истраживања указују да је потребан другачији приступ у лечењу гојазности код метаболички здравих гојазних, због чега их је, у даљим истраживањима, неопходно посматрати засебно.

Литература

1. Karelis AD, Faraj M, Bastard JP, St-Pierre DH, Brochu M, Prud'homme D, et al. The metabolically healthy but obese individual presents a favorable inflammation profile. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; 90:4145-50.
2. Primeau V, Coderre L, Karelis AD, Brochu M, Lavoie ME, Messier V, et al. Characterizing the profile of obese patients who are metabolically healthy. *Int J Obes (Lond)* 2010 oct 26. (Epub ahead of print).

РАЗВОЈНИ ПОРЕМЕЋАЈ КУКА

проф. др Зоран Вукашиновић

Медицински факултет, Универзитет у Београду,
Институт за ортопедско-хируршке болести "Бањица", Београд, Србија

Развојни поремећај кука (РПК) је најчешће обољење тог зглоба. Испољава се као ишчашење код деце, а као артроза код одраслих, настала на бази раније дисплазије ацетабулума, односно сублуксације кука, које су у дечјем добу често без симптома. У нашој средини, као и у другим земљама југоисточне Европе, Медитерана и Блиског истока, болест је веома честа. Према истраживањима домаћих аутора, учесталост ове болести у Србији је 2,4%. Код женске деце РПК се јавља 410 пута чешће него код мушке. Нема јасног пута наслеђивања, мада је етиопатогенеза позната. Сматра се да у настанку РПК учествују две групе фактора: ендогени, који се највероватније наслеђују (дисплазија ацетабулума, повећана антеверзија главе и врата фемура и лабавост зглоба кука), и егзогени (механички - без којих дислокације нема, интраутерини - током порођаја, постнатални). Назив болести, заснован на спознаји развојног обележја болести, допринос је прим. др Предрага Клисића, као и превентивни приступ овој болести, тзв. трострука превенција, која се састоји од неонаталног клиничкоултразвучног систематског прегледа, профилактичког стимулисања правилног развоја кукова универзалним широким повијањем, те секундарног клиничкоултразвучног систематског прегледа детета у четвртом месецу живота. Суштина борбе с овим проблемом састоји се од раног препознавања, а по потреби и нехируршког лечења у периоду тзв. апсолутне редуцибилности, када је постизање успеха стопостотно а ризика од васкуларних компликација практично и да нема. Уколико се ипак из неког разлога укаже потреба, може се предузети и хируршко лечење у узрасту од треће до пете године, али и касније.

Литература

1. Sewell MD, Rosendahl K, Eastwood DM. Developmental dysplasia of the hip. BMJ. 2009;339:b4454.
2. de Hundt M, Vlemmix F, Bais JM, Hutton EK, de Groot CJ, Mol BW, et al. Risk factors for developmental dysplasia of the hip: a meta-analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2012 Jul 21.

САВРЕМЕНИ ТЕРАПИЈСКИ ПРИСТУП У ХЕМОФИЛИЈИ

Нада Крстовски, проф. др Драгана Јанић

Медицински факултет, Универзитет у Београду,
Универзитетска дејча клиника, Београд, Србија

Хемофилија *A* и *B* су поремећаји коагулације који се наслеђују *X* везаним рецесивним механизмом. Тежина клиничког испољавања је веома варијабилна и у доброј је корелацији са нивоом *VIII* односно *IX* фактора коагулације. Активност *FVIII* или *FIX* <1% дефинише тешку хемофилију, од 1% до 5% средње тешку, док вредности >5% одређују благи облик хемофилије. Најчешћа места крварења у хемофилији су зглобови и мишићи. Спонтане хемартрозе су веома карактеристичне и имају скоро дијагностички значај. Главне компликације хемофилије су хемофилична артропатија и развој антитела (инхибитора) на *FVIII* или *FIX*. Дијагноза болести се поставља узимањем породичне анамнезе, водећи рачуна да се у једне трећине болесника може радити о новој мутацији, скрининг тестовима и специфичним анализама. Од скрининг тестова, најзначајније је *aPTT* које је увек продужено, док су *PT* и број тромбоцита нормални. Специфични коагулациони тестови су неопходни за постављање дефинитивне дијагнозе и за разликовање овог обољења од других хемостатских поремећаја као што је *von Willebrand*-ова болест. Могуће је откривање носилаца гена као и пренатална дијагноза, методима анализе ДНК.

Болесници са хемофилијом захтевају доживотну, мултидисциплинарни терапију коју је најбоље спроводити у центру за третман хемофилије. Данас се препоручује употреба концентрата фактора коагулације добијених рекомбинантном технологијом. Свежа смрзнута плазма и криопреципитат се сматрају превазиђеним. Дозирање концентрата фактора зависи од индикације (тип крварења, хирургија), типа концентрата, тежине болесника и циља лечења (заустављање крварења или профилакса). Профилактички третман ради превенције компликација поновљених епизода крварења, почиње у детињству. Најзначајнија препорука у лечењу крварења је брза примена супституционе терапије у прва два сата од почетка крварења. На овај начин се избегавају компликације крварења, а посебно настанак артропатије. Најбољи начин лечења је контролисана кућна самопримена, што подразумева претходно обучавање болесника или члана породице. Код благог или умереног крварења у болесника са благим обликом хемофилије, препоручује се лечење дезмопресином (*DDAVP*).

Литература

1. Sharathkumar AA, Carcao M. Clinical advances in hemophilia management. *Pediatr Blood Cancer*. 2011;57(6):910-20.
2. Rodriguez-Merchan EC. Prevention of the Musculoskeletal Complications of Hemophilia. *Adv Prev Med*. 2012;2012:201271.
3. Franchini M. The modern treatment of haemophilia: a narrative review. *Blood Transfus* 2012;4:1-6.

ЛЕЧЕЊЕ РАВНИХ СТОПАЛА У ВРЕМЕ ЊИХОВОГ ФОРМИРАЊА

проф. др Радивој Брдар

Универзитетска дечја клиника, Београд,
Медицински факултет, Универзитет у Београду,

Инциденцију равних стопала деце у једној популацији је тешко утврдити. Чињеница је да се број равних стопала деце у нашој средини стално повећава. Томе доприносе начин живота, начин исхране, активност деце и обућа. Деца су све више везана за затворен простор, све су веће масе и мање су физички активна.

Валики број деце са изгледом равних стопала има нормална стопала. Свод стопала се формира до 7. а по неким новијим ставовима до 10. године. Студија се не односи на ригидна стопала јер је њихов начин лечења одређен њиховом структуром, већ се односи на флексибилна стопала нарочито на равна стопала због којих деца имају тегобе у облику болова, слабије су активна и бизарно цепају обућу. У пракси и литератури постоји различитост приступа овом проблему, који је заједнички проблем педијатријских лекара.

Посебан проблем је дијагноза и лечење равних табана код малог детета а нарочито новорођенчета и одојчета као и избор обуће у том узрасту. За дијагнозу равних стопала користи се клинички преглед, плантограм и радиографија стопала. Равна стопала се сврставају у четири степена.

Лечење равних стопала зависи од степена деформитета, узраста пацијента, присутних симптома и цепања обуће. У основи, лечење равних стопала код деце је неоперативно или конзервативно. Састоји се у активном односу према стопалима у смислу стимулisaња и развоја стопала и пасивном односу у смислу ношења уложака, обуће и ортоза. Постоје ретке индикације за хируршки третман равних стопала, али се он у суштини ради када је формирање стопала већ завршено.

Литература

1. Mosca VS. Flexible flatfoot in children and adolescents. J Child Orthop 2010;4(2):107-21.
2. Mosca VS. Flexible flatfoot in children and adolescents. J Child Orthop 2010;4(2):107-21.
3. Vukasinović ZS, Spasovski DV, Matanović DD, Zivković ZM, Stevanović VB, Janićić RR. Flatfoot in children. Acta Chir Iugosl 2011;58(3):103-6.
4. Pauk J, Ezerskiy V, Raso JV, Rogalski M. Epidemiologic factors affecting plantar arch development in children with flat feet. J Am Podiatr Med Assoc 2012;102(2):114-21.
5. Evans AM. Screening for foot problems in children: is this practice justifiable? J Foot Ankle Res 2012;5(1):18.

ЈУВЕНИЛНИ ИДИОПАТСКИ АРТРИТИС И ДРУГЕ РЕУМАТСКЕ БОЛЕСТИ У ДЕТИЊСТВУ

доц. др Срђан Пашић

Медицински факултет, Универзитет у Београду,
Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“,
Београд, Србија

Јувенилни идиопатски артритис (ЈИА) је хетерогено обољење са више различитих клиничких испољавања. Артритис дефинише оток и/или присуство ексудата у зглобу са два или више додатна клиничка знака: бол на палпацију и/или при покретима; ограничен обим покрета; локална топлота зглоба. Дијагноза ЈИА је клиничка и захтева присуство артритиса једног или више зглобова, трајања дужег од шест недеља са почетком болести пре навршене 16. године живота, уз претходно искључење других обољења. На основу критеријума за класификацију ЈИА Интернационалне лиге за борбу против реуматизма (ILAR), дефинисано је 7 облика артритиса у детињству.

Системски облик ЈИА (СоЈИА) је обољење непознате етиологије. Од осталих облика ЈИА овај облик значајно се разликује у етиопатогенези, клиничкој слици, компликацијама и прогнози. СоЈИА је редак, и среће се код 10% до 15% оболелих од ЈИА. СоЈИА одликује системска инфламација повезана са повећаном продукцијом проинфламаторног интерлеукина-1 бета (*IL-1beta*). Поремећај регулације и губитак генетске контроле продукције овог цитокина има за последицу повећану секрецију *IL-1beta*, *IL-6* и развој системских манифестација, као што су температура, оспа, органомегалија или леукоцитоза.

Повишена телесна температура је доминантни симптом, интермитентног је типа са наглим скоковима ($\geq 41^{\circ}\text{C}$) једном до два пута током једног дана. Оспа је макулозна, бледоцрвена или ружичаста, миграторног типа. Хепатоспленомегалија или спленомегалија су присутне само код једне трећине болесника са СоЈИА. Серозитис се најчешће испољава као перикардитис са умереним перикардним изливом, а ретко је испољен плеуритис. Артритис код болесника са СоЈИА не мора бити испољен у самом почетку болести. Значајни лабораторијски налази су леукоцитоза са неутрофилијом, тромбоцитоза и анемија, као и значајан пораст серумских концентрација реактаната акутне фазе запаљења.

Полиартикуларни облик ЈИА означава артритис пет и више зглобова током првих шест месеци трајања болести. Ово је најчешћи облик ЈИА и појављује се код око 50% болесника. Реуматоидни фактор (РФ), аутоантитело *IgM* или *IgG* класе усмерено против *Fc* фрагмента болесникових серумских имуноглобулина, одлика је реуматоидног артритиса одраслих особа, а позитивно је само код 5% до 10% болесника са ЈИА. Овај облик ЈИА почиње постепено, боловима, јутарњом укоченошћу и симетричним отоцима малих зглобова шака и стопала, ручја, колена и скочних зглобова.

Олигоартритис означава упалу од једног до четири зглоба, и појављује се код 40% до 50% болесника). Најчешћи је артритис зглоба једног колена, затим скочног, лакатног или зглоба ручја. Женски пол преобладава. Лабораторијска карактеристика овог облика артритиса је позитивност *ANA* у серуму, код више од 80% болесника. Хронични иридоциклитис, који се уочава код 40% до 90% болесника, најозбиљнија је компликација овог облика ЈИА. Од 5% до 10% ових болесника ће током првих шест месеци развити полиартритис (екстендирани полиартикуларни облик), који касније има исти ток као *RF*-негативни полиартритис. Прогноза болесника са олигоартритисом је углавном добра. Непрепознати иридоциклитис

може да доведе до иререверзибилног оштећења и слепила и зато су неопходне редовне контроле.

Ентезитис (инфламација места инсерције тетива) са олигоартритисом је други, посебан облик олигоартритиса са захватањем великих зглобова доњих екстремитета и сакроилијачних зглобова. *HLA B27* антиген је позитиван код 25% до 50% болесника.

Основу терапије ЈИА чини примена нестероидних антиинфламаторних лекова (НСАИЛ), као што су ибупрофен или напроксен, понекад у комбинацији са кортикостероидима. Нажалост, примена стероида је повезана са добро познатим, тешким нежељеним дејствима. Једине оправдане индикације за примену кортикостероида су: *a)* СоЈИА; *b)* перикардитис; *c)* иридоциклитис; *d)* активни облик полиартритиса са израженом хроничном анемијом и повишеним инфламацијским параметрима. Примена метилпреднизолонa у високим, „пулсним“ дозама је понекад неопходна за контролну активне болести код СоЈИА. Лекови друге линије који се користе у лечењу ЈИА су антimalарици или сулфасалазин. Примена метотрексата у имуносупресивним дозама у последње две деценије представља значајан напредак у терапији.

Биолошка терапија се заснива на примени хуманизованих моноклонских антитела усмерених против цитокина или цитокинских рецептора и резервисана је за болеснике без адекватног одговора на стандарну медикаментну терапију.

Физикална терапија и рехабилитација, редовне офталмолошке контроле, праћење раста и развоја, хируршка корекција деформитета, као и учешће социјалног радника и психолога су од изузетног значаја код деце са ЈИА. Око 40% болесника са ЈИА има тегобе и током одраслог доба, због чега је значајно рано лечење уз покушај спречавања трајних деформитета зглобова и инвалидности.

У диференцијалној дијагнози ће бити приказане остале реуматске болести детињства које у оквиру свог испољавања имају артритис.

Литература

1. Quartier P. Current treatments for juvenile idiopathic arthritis. *Joint Bone Spine*. 2010;77(6):511-6.
2. Marzan KA, Shaham B. Early juvenile idiopathic arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 2012;38(2):355-72.
3. Espinosa M, Gottlieb BS. Juvenile idiopathic arthritis. *Pediatr Rev* 2012;33(7):303-13.

ХРОНИЧНА БОЛЕСТ БУБРЕГА КОД ДЕЦЕ

проф. др Амира Пецо-Антић

Медицински факултет, Универзитет у Београду,
Универзитетска дечја клиника, Београд, Србија

Хронична болест бубрега (ХББ) се дефинише као структурно и/или функционално оштећење бубрега које траје дуже од 3 месеца, са смањењем јачине гломерулске филтрације (ЈГФ) или без њега, а може се испољити само поремећајима у саставу крви или урина, односно у ненормалностима у приказу морфолошких карактеристика бубрега. Према степену очувања резидуалне функције бубрега, ХББ се дели у 5 стадијума (ХББ 1-5) од којих први има очувану ЈГФ, а последњи стадијум је терминална бубрежна инсуфицијенција када је неопходна примена дијализе или трансплантације бубрега. Резидуална функција бубрега се код деце одређује најчешће на основу измереног или израчунатог клиренса креатинина.

Из године у годину, ХББ постаје све значајнији глобални здравствени проблем, првенствено у одраслој популацији. Преваленција ранијих стадијума (ХББ 1-4) је у одраслој популацији око 50 пута већа од преваленције терминалног стадијума. Према резултатима Србијанског педијатријског регистра за ХББ, медијана годишње преваленције ХББ код деце у Србији за период 2000-2009. године је 96,1 прерачунато на милион дечје популације (мдп) са интерквartilним опсегом (*IQR*) 77,0-108,9. У истом периоду медијана инциденције ХББ код деце у Србији износила је 14,3 на мдп (*IQR*, 10,9-20,4). Преваленција ($78,2 \pm 12,2$ према $113,1 \pm 15,3$; $p < 0,001$) и инциденција ХББ ($18,6 \pm 8,7$ према $14,3 \pm 6,2$, $p < 0,01$) су значајно порасле у периоду 2005-2009. у односу на период 2000-2004. година. Преваленција ранијих стадијума, ХББ 2-4, је у групи наших болесника била 2,4 пута већа од преваленције терминалног (ХББ 5) стадијума. Просечна стопа годишње инциденције терминалног стадијума је износила 5,7 на мдр (*IQR*, 4,2-9,4) а преваленција је била 62,2 на мдр (*IQR*, 49,0-71,5). Учесталост ХББ 5 код деце износи свега 1,6% од целокупне учесталости ХББ 5 у Србији. Етиологија ХББ се такође значајно разликује; код деце преовлађују конгениталне аномалије бубрега и мокраћних путева и херeditарна обољења бубрега, а код одраслих најчешћи узроци ХББ су хипертензија и дијабетес, за којим следе гломерулонефритиси.

Рано откривање и лечење ХББ успорава њену прогресију, смањује морбидитет и морталитет. Лекари примарне здравствене заштите имају значајну улогу у раном откривању ХББ код деце и правовременом упућивању ових болесника дечјем нефрологу.

Литература:

2. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guideline for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Am J Kidney Dis 2002;39(2 Suppl 1): S1-S266.
3. Coresh J, Astor BC, Greene T, Eknoyan G, Levey AS Prevalence of chronic kidney disease and decreased kidney function in the adult US population: third National Health and Nutrition Examination Survey. Am J Kidney Dis 2003;41:1-12.
4. Peco-Antic A, Bogdanovic R, Paripovic D, Paripovic A, Kocev N, Golubovic E, Milosevic B; on behalf of the Serbian Pediatric Registry of Chronic Kidney Disease (SPRECKID). Epidemiology of chronic kidney disease in children in Serbia. Nephrol Dial Transplant (2012) 27: 1978-1984.

ИДИОПАТСКА ХИПЕРКАЛЦИУРИЈА

проф. др Мирјана Костић

Медицински факултет, Универзитет у Београду,
Универзитетска дечја клиника, Београд, Србија

Хиперкалциурија је један од најчешћих узрока нефролитијазе и нефрокалцинозе код деце. Инциденција хиперкалциурије је 5% до 7% у источној Европи, а 10% у САД. Јавља се код деце свих узраста. Арбитарно је прихваћено да је горња граница нормалне калциурије 4 $mg/kgtt$, односно 0,1 $mmol/kgtt$ за дан код деце тежине до 60 kg , а код одојчади у прва три месеца 5 $mg/kgtt/24h$. Однос уринарне екскреције калцијума и креатинина, односно осмоларности урина, алтернативни су дијагностички критеријуми за хиперкалциурију. Однос калциурија/креатинурија зависи од узраста детета, и значајно се смањује током првих седам година живота. Хиперкалциурија може бити идиопатска или секундарна. Дијагноза идиопатске хиперкалциурије се поставља *per exclusionem*, након што се искључи секундарна хиперкалциурија. Идиопатска хиперкалциурија је мултифакторијално условљен поремећај, условљен комплексном интерреакцијом срединских и индивидуалних фактора. Чак 50% деце са идиопатском хиперкалциуријом има позитивну породичну анамнезу. Традиционално, диференцирају се два типа идиопатске хиперкалциурије, ренални и апсорптивни. Узрок идиопатске хиперкалциурије није познат. Повећана апсорпција калцијума из дигестивног тракта независна од витамина *D* или због повећане сензитивности на витамин *D*, снижена ренална тубулска реапсорпција калцијума као последица поремећаја једног или више јонских канала, поремећај равнотеже депоновања и реапсорпције калцијума из кости независан од паратиреоидног хормона или витамина *D*, као и комбинација ових фактора могу допринети повећаној уринарној екскрецији калцијума код деце са идиопатском хиперкалциуријом. У основи клиничке слике су симптоми и знаци оштећења уроепитела, које настаје због микрокристализације калцијума са уринарним анјонима. Циљ терапијских мера усмерен је ка уклањању симптома и превенцији формирања калкулоза. Адекватан дијететски режим који подразумева: унос воде од 1.500 ml/m^2 /дневно, унос калцијума према препорученом дозвољеном дневном уносу и рестрикцију уноса натријума на 2-3 mEq/kg /дневно. Тијазидни диуретици се примењују када се хиперкалциурија не може контролисати адекватним дијететским режимом.

Литература

1. Srivastava T, Alon US. Pathophysiology of hypercalciuria in children. *Pediatr Nephrol* 2007;22(10):1659-73.
2. Worcester EM, Coe FL. New insights into the pathogenesis of idiopathic hypercalciuria. *Semin Nephrol* 2008;28(2):120-32.
3. Escrignano J, Balaguer A, Martin R. Childhood idiopathic hypercalciuria--clinical significance of renal calyceal microlithiasis and risk of calcium nephrolithiasis. *Scand J Urol Nephrol*. 2004;38(5):422-6
4. Zerwekh JE. Bone disease and hypercalciuria in children. *Pediatr Nephrol* 2010;25(3):395-401. Borghi L, Schianchi T, Meschi T, et al. Comparison of two diets for the prevention of recurrent stones in idiopathic hypercalciuria. *N Engl J Med* 2002;346(2):77-84.

ЕВОЛУЦИЈА ОБОЉЕЊА ШТИТАСТЕ ЖЛЕЗДЕ ОД РОЂЕЊА ДО *ОДРАСЛОГ ДОБА

проф. др Јован Влашки
Институт за здравствену заштиту деце и омладине Војводине,
Нови Сад, Србија
Медицински факултет, Универзитет у Новом Саду ,

Увод. Обољења штитасте жлезде су једна од најчешћих патологија код деце са којима се сусреће ендокринолог у свакодневном раду. Током 2011. године на ендокринолошком одељењу Института удео болести штитасте жлезде био је 5,1%, поред дијабетеса (31,35%) и гојазности (3,71%) најучесталији је ендокрини поремећај дечјег узраста.

Садржај: Због специфичне онтогенезе прво се сусрећемо са конгениталним аномалијама жлезде и последичним поремећајем функције - хиротиреоза. Етиологија конгениталне хиротиреозе може бити дисгенеза, дисхормоногенеза и ретка хироталамо-хирофизна дисфункција. Учесталост неонаталне хиротиреозе 1:2.500 (овде су укључени и транзиторни поремећаји типа хипротириотропинемије). Одлика овог облика хипотиреозе је утицај на ментални развој и иреверзибилна оштећења, а у старијим узрастима утицај на раст и развој.

После неонаталног периода најчешћи су аутоимуни поремећаји штитасте жлезде (*Hashimoto tireoiditis* – најчешћи узрок хипотиреозе у одраслом добу, који почиње у перипубертетском периоду, *Graves*-ова болест), струма, нодуси (1,4% су малигни, учесталији у узрасту од 15-19 година и код девојчица 5:1, зависно од врсте карцинома) и удруженост болести штитасте жлезе са синдромима (*Sy Turner* и *Down*).

Дијагностички поступци су махом уобичајени: лабораторијски налази (општи и специфични), ултрасонографија, сцинтиграфија, *MRI*, биопсија (*Fine needle aspiration* - малигнитет на овај начин дијагностикован износи 5% до 10%) и молекуларна дијагностика (*BRAF*, *RET/PTC* и др.).

Закључак. За разлику од других ендокринолошких болести, поремећаји штитасте жлезде непрепознати у дечјем добу остављају трајне последице по ментални и физички развој. Све болести захтевају доживотно праћење и терапију (најчешће супституциону) коју даље спроводе интернисти - ендокринолози. Оптимално испољавање генетског потенцијала представља право задовољство педијатра-ендокринолога приликом наставка интернистичког лечења детета, које је постало успешан, млад човек и који треба да оствари своје снове.

Литература

1. Möslinger D, Frisch H, Strobl W, Stöckler-Ipsiroglu S. Neonatal screening for congenital hypothyroidism. *Acta Med Austriaca* 1997;24(4):162-4.
2. Zantour B, Sfar MH, Alaya W, Chebbi W, Chatti K, Jerbi S. Hashimoto's thyroiditis and severe hypothyroidism, associated with a single hot nodule. *Rev Esp Med Nucl*. 2011 Sep-Oct;30(5):317-9.
3. Erol I, Saygi S, Alehan F. Hashimoto's encephalopathy in children and adolescents. *Pediatr Neurol* 2011;45(6):420-2.
4. Özen S, Berk Ö, Simsek DG, Darcan S. Clinical course of Hashimoto's thyroiditis and effects of levothyroxine therapy on the clinical course of the disease in children and adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol* 2011;3(4):192-7.

ГОЈАЗНОСТ И ДИЈАБЕТЕС ДЕЦЕ И МЛАДИХ

проф. др С. Живић, С. Станковић, В. Цветковић, Ј. Вучић, Д. Милојевић
Клиника за дечје интерне болести, Клинички центар, Ниш, Србија

Неспорна је чињеница да је данас све теже повући јасну границу између два основна типа дијабетеса – 1 и 2, посебно у младих. Инсулинска резистенција се често може открити пре настанка бета ћелијске деструкције и у одсуству хипергликемије, доказујући да неимунолошки процеси могу бити важни у процесу оштећења ендокриног панкреаса. Пораст инциденције дијабетеса у последње време, једнако типа 1 као и типа 2, не може бити последица промене генетске основе, већ примарно повећане експресије фактора околине, пре свега гојазности! Све је већи број младих са знацима оба основна типа дијабетеса: гојазних са знацима инсулинске резистенције – али и присутним аутоимуним антителима на инсуларне антигене. Стога, у овом случају се може говорити о постојању „дуплог“ или „хибридног“ дијабетеса. Добро су познати механизми повезаности гојазности са настанком инсулинске резистенције, али је много мање јасно како гојазност може условити и деструкцију бета ћелија панкреаса. Логично је претпоставити да у овом процесу кључну патогенетску улогу може имати повећани број адипоцита, односно хормони које ове масне ћелије секретирају – адипоцитокени. Са порастом броја адипоцита расте секреција лептина услед чега долази до смањења експресије $CD4^+CD25^+$ ћелија – такозваних „Т регулаторних ћелија“ које јасно инхибирају имуни одговор, а чиме се фаворизује аутоимуност.

Литература

2. Kim G, Caprio S. Diabetes and insulin resistance in pediatric obesity. *Pediatr Clin North Am.* 2011 Dec;58(6):1355-61.
3. Silberberg M, Carter-Edwards L, Murphy G, Mayhew M, Kolasa K, Perrin EM, et al. Treating pediatric obesity in the primary care setting to prevent chronic disease: perceptions and knowledge of providers and staff. *N C Med J* 2012;73(1):9-14.
4. Guijarro de Armas MA, Monereo Megías S, Merino Viveros M, Iglesias Bolaños P, Vega Piñero B. Prevalence of metabolic syndrome in a population of obese children and adolescents. *Endocrinol Nutr* 2012;59(3):155-9.

ХРОНИЧНА ПЛУЋНА БОЛЕСТ НОВОРОЂЕНЧЕТА И ЊЕН УТИЦАЈ НА РЕСПИРАТОРНИ СИСТЕМ КАСНИЈЕ У ЖИВОТУ

проф. др Предраг Минић

Медицински факултет Универзитета у Београду
Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“, Београд

Плућне болести које се јављају као последица респираторног поремећаја у неонаталном периоду спадају у групу хроничних плућних болести новорођенчета (ХПБН). Најчешћа од њих је бронхопулмонална дисплазија (БПД). Повећано преживљавање деце са овим поремећајем, захваљујући увођењу примене нових метода у лечењу као што су: егзогени сурфактант у терапији респираторног дистреса новорођенчади, пренатална примена кортикостероида, мере за затварање дуктус артериозус перзистенса, побољшање нутриције и нове стратегије механичке вентилације, довели су до тога да је БПД данас једна од најчешћих хроничних плућних болести код деце и свакако опструкцијска болест плућа са најранијим почетком.

Пошто је прошло само нешто више од четири деценије од како је БПД први пут описана, нису познате све последице које овај поремећај може имати на дисајну функцију касније у животу. Прелиминарне студије, међутим, указују на то да млади одрасли људи који су преживели БПД имају убрзан пад функције плућа и да током старења могу постати кандидати за развој хроничне опструкцијске болести плућа (ХОПБ).

Литература

- Landry JS, Menzies D. Occurrence and severity of bronchopulmonary dysplasia and respiratory distress syndrome after a preterm birth. *Paediatr Child Health* 2011;16(7):399-403.
- Hayes D Jr, Meadows JT Jr, Murphy BS, Feola DJ, Shook LA, Ballard HO. Pulmonary function outcomes in bronchopulmonary dysplasia through childhood and into adulthood: implications for primary care. *Prim Care Respir J*. 2011;20(2):128-33.
- Landry JS, Chan T, Lands L, Menzies D. Long-term impact of bronchopulmonary dysplasia on pulmonary function. *Can Respir J* 2011;18(5):265-70.

ПРОГРАМ ОДРАСЛИХ СА УРОЂЕНИМ СРЧАНИМ МАНАМА

Ида Јовановић^{1,2}, Димитра Калимановска Оштрић^{1,3}, Милан Ђукић^{1,2}, Тамара Илисић^{1,2},
Војислав Парезановић^{1,2}, Слободан Илић^{1,2}, Ирена Вулићевић², Јасна Калањ²,
Игор Стефановић², Afksendiyos Kalangos⁴

¹Медицински факултет, Универзитет у Београду, Србија

²Универзитетска дечја клиника, Београд, Србија

³Клинички центар Србије

⁴Department of Cardiovascular Surgery University Hospital of Geneva, Switzerland

Дијагностика и лечење урођених срчаних мана (УСМ) су последњих деценија изузетно напредовали у развијеним земљама. Данас, највећи број деце са УСМ се лечи и улази у адолтну доба. Из тог разлога је последњих година препознат проблем лечења растућег броја одраслих са УСМ (ОУСМ). Познато је да је данас број одраслих са УСМ у развијеним земљама већи од броја деце, а расте и број одраслих са комплексним УСМ. Европско и Америчко удружење кардиолога је дало препоруке о броју центара за ОУСМ, врсти и броју различитих специјалности које треба да садрже, као и обиму посла који је неопходан за квалитетан центар. Такве препоруке представљају идеалан сценарио, али је анализом стања у 26 европских земаља констатовано да само 19% испуњава критеријуме радне групе за УСМ Европског удружења. Земље бивше Југославије немају ниједан такав центар.

Универзитетска дечја клиника у Београду је у сарадњи са Клиником за кардиоваскуларне болести Клиничког центра Србије и професором Калангосом из Универзитетске болнице у Женеви 2008. године основала Национални програм за лечење ОУСМ. Програм је осмишљен као мултиинституционалан и мултидисциплинаран, а дефинисан је као национални центар од стране Министарства здравља Србије.

Нема података о тачном броју пацијената, али према познатој преваленцији у Србији живи око 24.000 одраслих особа са УСМ које захтевају медицинску помоћ. У нашем центру је трен

утно регистровано 1.320 ОУСМ болесника, који се редовно контролишу и лече. До сада су на Универзитетској дечјој клиници урађене 103 интервентне катетеризационе процедуре. Структура тих интервенција је следећа: затварање атријалног септалног дефекта (ASD) код 51, балон дилатација аортних стеноза (*StAo*) код 8, затварање *ductus arteriosus persistens* (*DAP*) код 18, балон дилатација пулмоналних стеноза (*PS*) код 8 и комплексних процедура код 18 болесника. Оперисано је 54 болесника, и то: 26 са ASD-ом, 9-оро са комплексним УСМ, 8 са коарктацијом аорте, 5 са *DAP* и по 3 са вентрикуларним септалним дефектом и Епштајновом (*Ebstein*) аномалијом. Имали смо само један смртни исход.

У закључку: Програм лечења ОУСМ болесника је изузетно напредан и успешан, јер је конципиран на појму проблемски оријентисане медицине, пре свега мултидисциплинаран и мултиинституционалан. Од огромног је значаја за бројне одрасле болеснике који се од рођења лече од УСМ, а који нису имали могућност квалитетног лечења по уласку у одрасло доба.

Литература

Franklin WJ, Parekh DR, Safdar Z. Adult congenital heart disease and pulmonary arterial hypertension: the Texas Adult Congenital Heart Program experience. *Postgrad Med* 2011;123(6):32-45.

- Arzamendi D, Miró J. Percutaneous Intervention in Adult Congenital Heart Disease. *Rev Esp Cardiol* 2012;65(8):690-699.
- Hamid T, Clarke B, Mahadevan V. Transcatheter interventions for multiple lesions in adults with congenital heart disease. *Exp Clin Cardiol*. 2012 Summer;17(2):59-62.

АНЕМИЈА У СКЛОПУ ХРОНИЧНИХ БОЛЕСТИ МАЛИГНИТЕТА

проф. др Нада Сувајџић-
Клиника за хематологију КЦС, Београд

Овај тип анемије је веома чест облик анемије у клиничкој пракси. Он прати хроничне запаљењске болести (системске болести везивног ткива, серонегативне артропатије, Кророва болест, улцерозни колитис, целијакија, хронична опструктивна болест плућа, Хашимотов тиреоидитис, цироза јетре и друге), хроничне инфективне болести (бактеријски и гљивични ендокардитис, менингитис, емпијем, плућне каверне, апсцеси различитих локализација, остеомијелитис, перитонитис и хронични инфективни артритис, хронични вирусни хепатитис, *HIV* инфекција) и малигнитете.

Овај тип анемије је најчешће умереног степена, нормохроман, нормоцитан, ређе хипохроман, и може се регистровати већ два месеца по настанку основне болести. Болесници испољавају хипоферимију уз снижено засићење трансферина и нормалну или повишену концентрацију феритина у серуму. Макрофази коштане сржи су богати гвожђем, док је број сидеробласта снижен. Механизам настанка анемије хроничне болести (АХБ) је активација моноцитномакрофагног система у склопу хроничног процеса, са последичном блокадом нормалног транспорта гвожђа. Наиме, гвожђе ослобођено из остарелих, разграђених еритроцита преузимају стимулирани макрофази и задржавају га у својој цитоплазми, уместо да га предају еритропоезним претходницима и тиме омогуће стварање сидеробласта. Главни догађај у АХБ је прекомерна производња пептидног хормона хепцидина, који се из јетре секретује у крв где се, потом, везује за феропортин, ћелијски транспортер гвожђа, присутан на макрофазима, хепатоцитима и ентероцитима. Хепцидин, механизмом негативне повратне спреге, регулише ћелијску концентрацију свог рецептора феропортина. Наиме, прекомерна производња хепцидина проузрокује разградњу феропортина са последичним заробљавањем гвожђа у моноцитномакрофажном систему и настанком анемије. Проинфламаторни цитокин интерлеукин 6 (*IL-6*) директно стимулише синтезу хепцидина; *IL-1* стимулише ослобађање лактоферина из неутрофила, који потом инхибише синтезу трансферина у хепатоцитима а крајњи учинак је хипоферимија. С друге стране, тумор некротизујући фактор алфа (*TNF-α*) доводи до ослобађања интерферона бета (*INF-β*) из ћелија строге коштане сржи, чиме супримира одговор коштане сржи на еритропоетин (*EPO*). Остали механизми који доприносе настанку АХБ су лако скраћен век еритроцита (око 80 дана) услед благог степена хемолизе и инсуфицијенције еритроцитопоезе. Наиме, услед снижене синтезе *EPO* не може се компензовати скраћен век еритроцита. И поред тога што прати различита патолошка стања, АХБ се испољава истоветно, што указује на заједнички патогенетски механизам - дејство већ поменутих цитокина који се лучше као одговор на хроничну антигенску стимулацију. Понекад, настанку АХБ може допринети и повећан губитак крви. Дијагностиковање компоненте сидеропенијске анемије у склопу хроничне болести је отежано из више разлога. Наиме, концентрација феритина у серуму, будући да је он реактант акутне фазе запаљења, може бити повишена или нормална у склопу хроничних болести. У тој ситуацији, комбинација неколико параметара (*MCV*, засићење трансферина, вредност феритина $< 30 \mu\text{g/L}$, концентрација солубилних трансферинских рецептора) омогућава откривање сидеропенијске анемије у склопу хроничних запаљењских болести и малигнитета. Неретко, аутоимуна хемолизна анемија, посебно у склопу аутоimunих системских болести и лимфопролиферативних неоплазми, као и микроангиопатска, фрагментациона анемија у склопу различитих малигнитета и аутоимуних системских болести, могу довести до анемије.

У склопу лечења АХБ неопходно је лечење основног обољења, тј. уколико би се само

применили препарати гвожђа, фолне киселине и витамина B_{12} , изостао би терапијски учинак. Трансфузије концентрованих еритроцита примењују се само у случају изражене анемије. Иако дефицит *EPO* није примарни узрочник АХБ, примена рекомбинантног хуманог *EPO* у великом броју случајева поправља анемију и квалитет живота болесника.

Литература

1. Swaak A. Anemia of chronic disease in patients with rheumatoid arthritis: aspects of prevalence, outcome, diagnosis, and the effect of treatment on disease activity. *J Rheumatol* 2006; 33:1467-8.
 2. Marks P, Rosenthal D. Hematologic manifestations of systemic disease: infection, chronic inflammation, and cancer. In: Hoffman R. et al. *Hematology, Basic Principles and Practice*, Churchill Livingstone, 5th ed. 2008; 2309-19.
 3. Nemeth E. Targeting the hepcidin-ferroportin axis in the diagnosis and treatment of anemias. *Adv Hematol* 2010;2010:750643.
 4. Ganz T. Hepcidin and iron regulation, 10 years later. *Blood*. 2011;117:4425-33.
- Kaplan J, Ward DM, De Domenico I. The molecular basis of iron overload disorders and iron-linked anemias. *Int J Hematol*. 2011;93:14-20.

ДИЈАГНОЗА И ЛЕЧЕЊЕ МЕГАЛОБЛАСТНИХ АНЕМИЈА

доц. др Милица Радојковић

КБЦ "Др Драгиша Мишовић", Клиника за интерну медицину,
Медицински факултет, Универзитет у Београду, Београд, Србија

Мегалобластна анемија настаје услед поремећаја у синтези ДНК у матичним ћелијама коштане сржи. У највећем броју случајева (95%) настаје услед недостатка витамина B_{12} (кобаламина) или фолне киселине, а у само 5% због наследног или стеченог поремећаја у синтези ДНК, као што су оротска ацидурија, *Lesch-Nihan*-ов синдром и др. Кобаламин је главни кофактор за ензиме метионин синтезу и *L*-метилмалонил коензим *A* мутазу, који су значајни за синтезу ДНК, РНК и протеина.

Најчешћи облик мегалобластне анемије је пернициозна анемија, коју карактерише изостанак ресорпције витамина B_{12} услед недостатка унутрашњег чиниоца потребног за апсорбовање витамина B_{12} у терминалном делу танког црева. Недостатак унутрашњег чиниоца настаје као последица атрофије слuzнице желуца, која је условљена аутоимуним процесима. Дефицит витамина B_{12} и фолне киселине који учествују у синтези ДНК, доводи до поремећаја у сазревању цитоплазме и једра матичних ћелија и до неефективне еритроцитопоезе, али и до морфолошких промена у гранулоцитопоези и тромбоцитопоези. Поремећај нуклеинских киселина захвата и нервни систем, што доводи до дегенеративних промена у кичменој мождини и периферним нервима. Болест почиње постепено са појавом симптома карактеристичних за анемију: замарање, малаксалост, лупање срца.

Неуролошки поремећаји укључују: парестезије, отежан ход, инконтиненцију мокраће и столице, поремећај дубоког сензибилитета, губитак памћења. Психијатријски поремећаји (депресија, психозе, промене личности) могу бити изражени и не корелирају са степеном анемије. Дијагноза мегалобластне анемије се поставља на основу анамнезе, клиничке слике, лабораторијских анализа и цитолошког прегледа коштане сржи. Вредности кобаламина и/или фолата у серуму су снижене, док су код недостатка витамина B_{12} повишени метилмалонична киселина и хомоцистеин у серуму.

Мегалобластне анемије карактерише појава макроцитозе и појкилоцитозе у периферној крви, као и леукопенија са хиперсегментираним гранулоцитима и тромбоцитопенија. У коштаној сржи која је хиперцелуларна, присутни су мегалобласти са великим, незрелим једром и растреситим хроматином, гигантски метамијелоцити и велики, хиперсегментирани мегакариоцити. Број ретикулоцита је снижен, а због скраћеног века еритроцита повишене су вредности билирубина, лактатдехидрогеназе и гвожђа у серуму. Дијагноза пернициозне анемије се потврђује *Schilling*-овим тестом који процењује ресорпцију витамина B_{12} . Испитује се екскреција у 24h мокраћи радиоактивно обележеног и орално примењеног витамина B_{12} . Екскреција радиоактивно обележеног витамина B_{12} је мања од 2% у болесника са пернициозном анемијом.

Лечење мегалобластне анемије се спроводи парентералним давањем витамина B_{12} (цијанокобаламина) у дози од 1.000 μgr дневно; 5-7 дана од започињања лечења долази до пораста броја ретикулоцита, односно "ретикулоцитне кризе" и побољшања вредности хемоглобина и броја еритроцита, леукоцита и тромбоцита. Код пернициозне анемије након нормализације крвне слике и неуролошких симптома, витамин B_{12} се примењује једанпут месечно доживотно. Витамин B_{12} треба профилактички примењивати након гастректомије и ресекције илеума. Мегалобластна анемија која је последица недостатка фолне киселине, лечи се пероралним давањем фолне киселине у дози од 5 mg .

Литература

1. Antony AC. Megaloblastic anemias. In: Hematology: Basic principles and practice, 3th ed, Hoffman R, Benz EJ, Shattil SJ, et al. (Eds), Churchill Livingstone, New York 2000;446-485.
2. Dali-Youcef N, Andries E. An update on cobalamin deficiency in adults. QJ Med 2009;102:17-28
3. Wickramasinghe SN. Diagnosis of megaloblastic anaemias. Blood Rev. 2006; 6: 299-318.
4. Carmel R. How I treat cobalamin (vitamin B12) deficiency. Blood 2008; 112: 2214-2221.
5. Lahner E, Annibale B. Pernicious anemia: New insights from a gastroenterological point of view. World J Gastroenterol 2009; 15: 5121-5128.

ДА ЛИ ЈЕ АНЕМИЈА У ХРОНИЧНОЈ ИНСУФИЦИЈЕНЦИЈИ БУБРЕГА РЕШЕН ПРОБЛЕМ?

проф. др Љубица Ђукановић¹, проф. др Вишња Лежаић²

¹Академија медицинских наука СЛД, ²Институт за нефрологију КЦ Србије

Анемија је једна од карактеристика хроничне бубрежне инсуфицијенције (ХБИ), а њена израженост је пропорционална степену ХБИ. Она значајно утиче на квалитет живота, оболевање и смртност болесника, а посебно на оболевање и смртност од кардиоваскуларних болести. Иако је анемија болесника са ХБИ мултифакторијална, у највећој мери је последица неадекватног лучења еритропоетина. Средње базалне вредности еритропоетина у серуму болесника са ХБИ знатно су ниже него у здравих особа са истим степеном анемије. Код болесника са дијабетесом, ендемском нефропатијом и хроничном инсуфицијенцијом бубрежног калема, анемија представља посебан проблем.

Откриће хуманог рекомбинантног еритропоетина (*rHuEpo*) омогућило је лечење анемије свих болесника код којих је анемија узрокована недостатком еритропоетина. Најпре је овај лек примењен код болесника на хемодијализи, а показало се да његова примена омогућава не само да се избегну трансфузије крви, него општи опоравак болесника, њихове физичке снаге и функције многих органа и система. Примена *rHuEpo* у претерминалној инсуфицијенцији бубрега омогућава превенцију многих, а пре свега кардиоваскуларних компликација.

Лечење са *rHuEpo* може се поделити у три фазе: иницијалну, фазу подешавања дозе и фазу одржавања циљне концентрације хемоглобина. Став о циљној концентрацији хемоглобина за болеснике са ХБИ мењао се током последње деценије. Данас је препоруку о комплетном опоравку анемије заменио став да је добро коригована анемија, ако је хемоглобин 110-120 g/l, што доводи до ређих компликација и бољег општег стања болесника. Како је *rHuEpo* веома скуп лек, неопходно је да се у лечењу анемије болесника са ХБИ примене и све остале терапијске и превентивне мере.

Клиничка искуства су показала да постизање и одржавање циљне концентрације хемоглобина није једноставно. С једне стране, постоје велике варијације у одговору на лечење, а због тога и велике варијације у дози *rHuEpo* потребној да се постигне одговарајући опоравак анемије. С друге стране, описане су значајне варијације у концентрацији хемоглобина појединих болесника у функцији времена, па само мали проценат болесника одржава стабилну циљну концентрацију хемоглобина. Одржавање сталне концентрације хемоглобина је важно, јер оно обезбеђује константно и адекватно снабдевање ткива кисеоником. Ако концентрација хемоглобина варира, снабдевање кисеоником се мења, што води епизодама релативне исхемије која може да узрокује поремећаје функције и оштећења ткива. Одржавање хемоглобина испод 100 g/l као и честе варијације са падом концентрације хемоглобина испод 100 g/l повезане су са повећаним ризиком од оболевања и смрти.

Данас постоји више различитих препарата који стимулишу еритропоезу и омогућавају корекцију анемије болесника са ХБИ. Њихова примена захтева пажљиво дозирање и редовне контроле болесника, што омогућава најефикасније и најрационалније лечење анемије у ХБИ.

ЕТИОЛОГИЈА, КЛИНИКА И САВРЕМЕНА ДИЈАГНОСТИКА АНЕМИЈА

Проф. др Милица Чоловић
Академија медицинских наука СЛД

Анемија се дефинише као смањење концентрације хемоглобина у јединици крви. То је најчешће обољење крви. Постоји више врста анемија које су последица различитих етиолошких чинилаца. Анемије се могу класификовати на више начина: на основу морфологије еритроцита, на основу етиолошких механизма и клиничког испољавања болести. Савремени приступ анемијама дели их у три главне класе: анемије због губитка крви (крварење акутно или постепено и хронично), анемије због повећане разградње еритроцита (хемолиза) и анемије због недовољног стварања крви (неефективна хематопоеза). Најчешћи узрок анемије је дефицит гвожђа а уобичајен узрок дефицита је губитак крви. Међутим, анемије су често мултифакторијалне.

Дијагноза анемије се поставља прегледом крвне слике. Аутоматски бројачи крви мере број еритроцита, концентрацију хемоглобина и величину еритроцита, која је веома значајна за разликовање узрока анемија. Преглед размаза крви је важан нарочито у неким деловима света, где постоје посебне врсте анемија због патолошких хемоглобина. Модерним аутоматским бројачима се одређују следеће величине еритроцита: *MCV*, *MCH* и *MCHC*. Данас се анемије класификују на основу волумена еритроцита који се означава са *MCV*. Према овом индексу анемије се деле на:

1. анемије са нормалним *MCV* (средњи волумен еритроцита) и најчешће указује на акутни губитак крви или анемију услед хроничне болести
2. низак *MCV* указује на анемију због дефицита гвожђа или таласемију
3. висок *MCV* указује на анемију због дефицита витамина B_{12} или фолата.

Анемија због дефицита гвожђа је најчешћа анемија у свим деловима света. Она настаје због губитка крви, ређе због слабе апсорпције гвожђа или неадекватне дијете (вегетаријанци). Ову анемију одликује микроцитоза, хипохромија еритроцита, снижена концентрација хемоглобина, нормалан или смањен број еритроцита и низак *MCV*, који је мањи од 76 fl. Скоро 60% жена у генеративном периоду има ову анемију, која је последица обилнијих или чешћих менструалних крварења, гравидитета, порођаја, дојења и сл. Код постменопаузалних особа анемија због дефицита гвожђа је најчешће последица губитка крви преко гастроинтестиналног тракта (ерозије због узимања антиинфламаторних лекова, неоплазме, пептички улкус, хемороиди и сл.). Хипосидеремијска анемија код мушкараца треба озбиљно да се схвати и потребан је детаљан преглед дигестивног тракта као најчешћег места одакле они крваре. Чест узрок ове анемије код особа мушког пола је карцином дебелог црева, најчешће предела цекума. Ова анемија се лечи препаратима гвожђа, који се дају дуго времена перорално или интравенски кад се дефицит може брзо надокнадити.

Мегалобластне анемије настају због дефицита витамина B_{12} или фолне киселине. Узроци могу бити слаба апсорпција из дигестивног тракта због

недостатка унутрашњег чиниоца, што постоји код пернициозне анемије. Дефицит фолне киселине настаје због повећаних потреба за овим витамином (гравидитет).

У данашње време дијагностика анемија је олакшана, јер су здравствене установе опремљене аутоматским бројачима крвних елемената тако да су грешке ретке. Када се утврди тачан узрок анемије, лечење није тешко.

У предавању се износи вишегодишње искуство аутора у дијагностици и лечењу анемија.

Литература

1. Стефановић С. Хематологија. Медицинска књига, Београд-Загреб, 1989;277-287.
 2. Hoffman R, Benz EJ, Shattil SJ, Furie B, Silberstein LE, McGlove Ph, Heslop H. Hematology, Basic Principles and Practice, 5th ed. Churchill Livingstone, New York, Rai K, Patel DV. 1308. 2009;431-491.
 5. 3. Casanova BF, Sammel MD, Macones GA. Development of a clinical prediction rule for iron deficiency anemia in pregnancy. *Amer J Obstet Gynec.* 2005;**193**:460-466.
 7. 4. Robinson AR, Mladonovic J. Lack of utility of folate levels in the evaluation of macrocytosis or anaemia. *Am J Med.* 2001;**110**:88-90.
 9. 5. Dugdale AE. Diagnosis and management of iron deficiency anemia: a clinical update. *Med J Aust* 2011;**193**:525-32.
-

КОНТРОЛА РАКА ГРЛИЋА МАТЕРИЦЕ У СРБИЈИ: МОГУЋНОСТИ И ОГРАНИЧЕЊА

Проф. др Весна Кесић
Клиника за гинекологију и акушерство, КЦС,

Рак грлића материце се сматра болешћу која се може излечити јер има дуг преинвазивни период, што је могуће организовати ефикасан скрининг и зато што је третман преинвазивних лезија успешан. Упркос томе, инвазивни карцином грлића материце се и даље налази на врху листе најучесталијих малигних тумора жена.

Рак грлића материце најчешће се јавља између 35. и 50. године живота. Скоро половина ових жена је у годинама када још желе да рађају. Србија је 2002. године била на првом месту, а и даље је међу првима у Европи по броју жена оболелих од рака грлића материце са око 1.500 нових и 500 смртних случајева годишње. Већина ових случајева могла се спречити да је болест откривена на време.

Према данашњим сазнањима, најважнији фактор ризика за настанак болести је инфекција Хуманим папилома вирусом (ХПВ). Међутим, иако најважнији, ово није једини фактор ризика. Да би ХПВ инфекција довела до настанка рака грлића материце неопходни су и други фактори, од којих су најважнији пушење и ослабљен имуни систем.

Рак грлића материце развија се кроз спектар абнормалности епитела који се називају цервикалним интраепителијалним неоплазијама (ЦИН). Овај процес је веома спор и у већини случајева потребно је 8 до 10 година да из ЦИН настане инвазивни карцином. Ни ЦИН ни почетни рак грлића не дају никакве симптоме.

Циљ скрининга за рак грлића материце је смањење броја оболелих и броја умрлих од ове болести, која се може спречити. Сем тога, раним откривањем и успешнијим лечењем значајно се побољшава квалитет живота жена, омогућава будуће рађање и, са економског аспекта, вишеструко смањују трошкови лечења.

Третман инвазивног карцинома грлића материце одређен је стадијумом болести. За микроинвазивни карцином нису неопходне радикалне операције, што омогућава да се код жена које желе да очувају могућност рађања, лечење завршава конизацијом.

Већина пацијенткиња са раним стадијумима болести (*FIGO Ib-IIa*) лечи се или радикалном хирургијом или радикалном радиотерапијом. Доказано је да су оба терапијска модалитета једнако ефикасна, али да се разликују у морбидитету удруженом са лечењем.

Стандардна хируршка процедура у стадијумима *Ib* и *IIa* цервикалног канцера је радикална хистеректомија са пелвичном лимфаденектомијом. Код малих тумора првог стадијума, који су повољних хистолошких особина, последњих година све више се примењује радикална трахелектомија, којом се одстрањује цео грлић, али не и тело утеруса, чиме фертилитет остаје очуван. Неповољни прогностички фактори код неких од оперисаних пацијенткиња са стадијумом *Ib* и *IIa* цервикалног канцера захтевају адјувантну зрачну терапију, која може побољшати прогнозу. Са комбинацијом хирургије и радиотерапије, међутим, повећавају се учесталост и врсте компликација, што доводи до повећаног каснијег морбидитета у односу на примену једне врсте терапије.

Примарна терапија за стадијуме *IIb* до *IV* је зрачење комбиновано са хемиотерапијом. Хирургија има ограничену улогу у поступку са узнапредовалим раком грлића материце и резервисана је за појединачне случајеве у којима постоје строге индикације.

Корисност хемиотерапије у узнапредовалим или рекурентним случајевима карцинома грлића материце се још увек испитује бројним клиничким студијама. Примене хемиотерапије односи се на: неoadјувантну хемиотерапију; конкомитантну хемиотерапију и зрачење у којој се оба модалитета примењују заједно; адјувантну хемиотерапију која се примењује после хируршке или зрачне терапије; хемиотерапију као једини третман код пацијенткиња са широко дисеминованим туморима који нису погодни за палијативно зрачење.

Супортивна терапија је једнако важан део поступка код проширене болести. Тада су мере, које могу да помогну код збрињавања компликација и колико је могуће побољшају опште стање пацијенткиње, једино што се може пружити.

Нажалост, велики број наших жена први пут се јави гинекологу када је болест већ узела маха и када је лечење тешко и неизвесно. Због тога је најважнији део борбе против рака глића материце увођење организованог скрининга. Дијагностикован у раним фазама, рак грлића материце је излечив.

ПОЧЕЦИ ХИРУРГИЈЕ ХЕРНИЈЕ У СРБИЈИ И УЛОГА ВОЈНИХ ХИРУРГА

Радоје Чоловић председник СЛД

Прву операцију херније извршио је др Владан Ђорђевић 1874. године код једне жене код које је хернија довела до интестиналне опструкције. Пацијенткиња је умрла пет дана после операције највероватније због перитонитиса узрокованог перфорацијом црева због гангрене која није примећена у току операције. Обдукција није извршена.

Прво следеће помињање херније јавља се 29.12.1884. када је на састанку Српског лекарског друштва прочитан извештај др Кандића из Ужица да је код једне укљештене киле са "др Розенфелдом извршио херниотомију *lege artis*, да је болесница после неколико недеља сасвим оздравила без икаквог трага од херније и да је операција извршена под наркозом".

Године 1889. др Роман Сондермајер у Војној болници у Београду врши операцију херније а 18.11.1889. др Војислав Суботић је на састанку СЛД приказао „једног болесника, коме је пре кратког времена извршена херниотомија“. Казао је и да је болесник занимљив јер је имао два скротума. Поред операције киле, десна скротална кеса је ресецирана и „само је остављено толико колико је потребно за тестикл“.

Дана 03.03.1890. др Суботић је приказао једну операцију ингвинолабијалне киле која је садржавала оваријум и тубу. Болесница је оздравила.

Да је постојала снажна резервисаност према операцији херније говори и записник са састанка СЛД од 27.10.1890., када је др Васић питао „шта ваља лекару да ради кад добије болесника са хернијом која се да репонирати: да ли ваља у том случају предузети радикалну операцију?“ - на шта је др Суботић одговорио „да код херније либере ваља препоручити брахеријум, јер и после радикалне операције морао би да брахеријум неко време носи. Операцију ваља у том случају само вршити ако брахеријум ни у ком случају не може да носи“.

Ипак, број операција херније на хируршком одељењу Опште државне болнице полако расте, тако да је од 1892. до 1894. урађено 25 херниотомија, 1895. - 27, 1896. - 18 (4 по Кохеру и 14 по Басинију) а 1899. - 152 херниотомије и херниолапаротомија.

Године 1897. почињу операције хернија код регрута у војним болницама у Нишу (др Михаило Петровић) и Крагујевцу (др Лазар Генчић) а од 1900 у Ваљеву (др Јордан Стајић) и Зајечару (др Чедомир Ђурђевић); највише операција рађено је на Хируршком одељењу Војне болнице у Београду (др Роман Сонденмајер). Број операција хернија код регрута био је тако велики да је др П. Николић на Првом састанку српских лекара који се баве оперативном медицином, 1907. године реферисао да је до 1905. године у војним болницама оперисано 4.520 регрута: од 4.642 ингвиналне, 12 феморалних, 5 епигастричних и једне херније *linee albe*. Чињеница да су регрути долазили из целе Србије

помогла је да се код становништва широм земље разбија страх од операција, чиме је хирургија херније допринела и повећању броја других операција у Србији.

Литература

1. Ђорђевић В. Прве године лекарске праксе. Срп Арх Целок Лек 1874;1:61-121.
2. Шести редовни састанак одржан 14. фебруара 1875. Срп Арх Целок Лек 1879;3:27-28.
3. Шеснаести редовни састанак одржан 29. децембра 1884. Срп Арх Целок Лек 1888, Одељак први, Књига десета, број 94, страна 103-105.
4. Николић П. Извештај о 4.642 ингвиналне херније које су оперисане по војним болницама од 1889 до 1905. Извештај о раду Првог састанка српских хирурга, Београд 1908.
5. Чоловић Р. Историја српске хирургије до почетка Првог светског рата. У: Хроника хирургије у Србији. Просвета, Београд 2002;50-113.

МАТЕРЕ ИСТАКНУТИХ СРПСКИХ ЛЕКАРА

Проф. др Брана Димитријевић

Академија медицинских наука Српског лекарског друштва

Пресудна улога мајки истакнутих српских лекара у формирању моралних гледишта и поступака својих синова, која ће затим прожимати сав живот ових потоњих, до сада није озбиљније разматрана. Чак се супротно од тога могу наћи и обрнута тумачења, да је њихов утицај с обзиром на невелико њихово образовање, био безначајан.

У овом раду се на примерима матера др Лазе Лазаревића, др Михајила Мике Марковића и др Душана Стојимировића, од којих мајке прве двојице беху удове, а мајка трећег неписмена, указује да тадашњи друштвени положај жене, и школско њихово образовање (писменост – неписменост) а у погледу чврстих моралних ставова, нису били пресудни. Пресудна је била традиција, која је остала сачувана у усменој народној књижевности, што је поткрепљено примерима.

Литература

1. Лазаревић Л. *Ветар*. У: Дела. Матица српска&Српска књижевна задруга, Нови Сад, Београд, 1970;стр.246.
2. Димитријевић Б. *1914. година у дневнику оца српске ратне хирургије*. www.rasko.net/medicina
3. Поповић–Филиповић С. *Српска мајка и сестра даровала свом народу веру, љубав и наду* – Сећање на Савку Суботић, борца у културном и националном покрету српских жена. У: 800 година српске медицине – Студенички зборник. Infinitas&Српско лекарско друштво. Београд, 2011;стр. 203–212. Такође: www.rastko.net/medicina.
4. Димитријевић Б. *Поводом успомена творца модерног српског војног санитета*. Вукова задужбина. Београд, Даница 2005;стр. 385. Такође: www.rastko.net/medicina
5. Стојимировић Д. *Казивања*. Народна библиотека Смедерево, Смедерево 2007;стр. 9. и 11.
6. Димитријевић Л. *Како живи наш народ*. Инфинитас, Београд 2010;стр. 36.
7. Станимиров Б. *Мој идол – прва жена српски лекар*. У: 800 година српске медицине – Студенички зборник. Infinitas&Српско лекарско друштво. Београд, 2011;стр. 156. Такође: www.rastko.net/medicina.
8. Магазиновић М. *Мој живот* (приредила Јелена Шантић). *CLIO*, Београд, 2000;стр. 94–95.
9. *Јетрвица адамско колено*. У: Зборник јуначких епских народних песама. Народно дело. Београд. 1930;стр. 8.
10. *Урош и Мрњачевићи*. У: Зборник јуначких епских народних песама. Народно дело. Београд. 1930;стр. 50.
11. *Женидба краља Вукашина*. У: Зборник јуначких епских народних песама. Народно дело. Београд. 1930;стр. 363.
12. *Женидба Душанова*. У: Зборник јуначких епских народних песама. Народно дело. Београд. 1930;стр. 499-500.

ПИОНИРИ АНЕСТЕЗИЈЕ: *CRAWFORD LONG, HORACIJE WELS, WILLIAM MORTON*

прим. др Младен Достанић, мр сц. мед. Мила Стошић
Центар за анестезију и реанимацију Клиничког центра Србије,
Београд, Србија

Жеља човека да одстрани или бар умањи бол стара је колико и сам бол. "*Divinum est sedare dolorem*" - Божански је ублажити бол говорио је Гален.

Дуго је времена прошло од првих покушаја за сузбијање бола применом средстава као што су мандрагора кокаин, марихуана, хашиш, опијум, алкохол и грубих физичких мера гушења, онесвешћивање ударцем, итд, па до данашњих сазнања из те области.

Увођење хируршке анестезије сигурно је један од највећих поклона који је медицинска професија дала човечанству.

Ко је био први анестезиолог? По Библији то је био Господ Бог који "пусти тврд сан на Адама, те заспи, па му узе једно ребро и место попуни месом". Праве анестезије није било све до 19. века, када су започета прва истраживања у овој области захваљујући напретку у развоју хемије и физиологије.

Crawford Long је први применио етарску анестезију 30. марта 1842. током успешног оперативног захвата - вађења тумора врата. Међутим, ово своје откриће из непознатих разлога је објавио тек 1849. год.

Амерички зубар *Horacije Wels* је 1844. год. гледајући јавне представе Гарднера Колтона, путујућег хемичара, који је зарађивао новац тако што је демонстрирао последице удисања азотсубоксида или "смешљивог гаса" - дошао на идеју да азот-субоксид може имати анестетичка својства. Нажалост, при покушају јавног приказвања дејства азот-субоксида при екстракцији зуба у Масачусетској болници, *Wels* доживљава неуспех.

Амерички зубар *William Morton* 16. октобра 1847. год. изводи своју чувену демонстрацију анестезије применом етра. Мортон у истој клиници у којој је неуспех доживео *Wells*, доживљава потпуни успех и признање својих колега. Тај дан се узима као дан настанка анестезије. Од тада се анестезија веома брзо развијала, најбрже од свих грана савремене медицине.

Овај приказ има за циљ да нас подсети на пионире настанка анестезије: *Crawford Long-a, Horacije Wels-a* и *William Morton-a*.

Литература

1. Sullivan JT. Surgery before anesthesia. American Society of Anesthesiologists newsletter, 1996;60(9):8-10.
2. Atkinson RS., Boulton TB (eds). The History of Anesthesia. Parthenon Pub. Group, New Jersey 1989.
3. Caverley RK. Anesthesia as a specialty past, present and future. In: Barash PG, Cullen BF, Staelling RK. Clinical Anesthesia. JB. Lippincott Pub. Co. Philadelphia, 1989.

4. Carranza FA. The Discovery of Anesthesia. The Tragic History of Wells and Morton.
5. Goldsmith D. The Discovery of Anesthesia. Anesth Prog. 1974 Nov–Dec; 1(6):174, 177, 180.
6. Packard Francis R. History of Medicine. Lippin-appendix cott Co., London, 1963.
7. Adam Blatner MD. The Discovery And Invention of Anesthesia. Stories in the History of Medicine. Lecture 4 February 16, 2009.

СРПСКА ТРАНСФУЗИОЛОГИЈА КАО ИНСПИРАЦИЈА: ОД СОЛУНСКОГ ФРОНТА, ПРЕКО ПОШТАНСКЕ ПОШИЉКЕ СА КРВЉУ, ТРАНСФУЗИЈЕ ФЕТУСУ И ИМУНОМОДУЛАЦИЈЕ

прим.др Милче Чанковић Кадијевић
Институт за трансфузију крви Србије, Београд, Србија

Увод и циљ. Први писани траг о покушају трансфузије крви у Србији оставио нам је др Јован Стејић. Он је у Првом тому превода и допуне "Макробиотике" штампане у Бечу 1826. год., на 22. страни записао и своју опсервацију "Шта би се десило када би се у тело старца убризгала крв младића".

Метод и анализа. Захваљујући сачуваним оригиналним докуменатима откривамо и сазнајемо да у јеку Првог светског рата, на првој линији Солунског фронта, у пољској болници, др Никола Крстић хирург Опште државне болнице у Београду, доноси и реализује храбру одлуку да крв узета унапред од здравог даваоца треба да чека пацијента. При Општој државној болници у Београду 1934. год. формиран је Одсек за даваоце крви, који 1936. год. прераста у прву трансфузиолошку установу у југоисточној Европи, са посебном бригом о здрављу давалаца крви. Др Димитрије Калић, руководиоца, уводи и судско-медицинска вештачења крвних мрља, као и вештачења ради искључивања очинства. Током 1937. године, после вишемесечних експеримената, храбро закључује да се крв може послати поштом у удаљено место, као обична поштанска пошиљка. Реализована је и идеја да трансфузија као терапијска процедура не буде само привилегија пацијената у великим болницама. Сваки доктор може да примени трансфузију пацијенту и у удаљеном месту ако следи упутство и користи достављен прибор.

Крајем тридесетих година прошлог века др Д. Калић, у сарадњи са гинеколозима, прикупио је и употребио и 50 литара плаценталне крви; 24. октобра 1944. год., а према наређењу Врховне команде, за само четири дана др Д. Калић је захваљујући опреми коју је сачувао, као и одлично обученом кадру, формирао Завод за трансфузију крви (ЗТК). Првом паролом, позивом даваоцима крви "Крв за јуначку крв" од октобра 1944. до јуна 1945. године, обезбеђена је 41.825 јединица крви за рањенике на Сремском фронту. После рата, Завод покреће часопис за даваоце крви "Наша крв".

Реализује се идеја да један давалац спасе неколико живота. Крв се дели на састојке а из плазме се издвајају различити сложени протеини са роком употребе од неколико година. Захваљујући помоћи Уницефа, 1952. год. набављена је опрема и отворен први Центар за израду стабилних продуката крви (албумина и имуноглобулина) и лиофилизоване (осушене) плазме. У ЗТК долазе и дојиље, па је 1953. год. формирана и прва банка хуманог лиофилизованог млека; 1955. год. ЗТК уводи у рутински рад и пренатално испитивање трудница на сензибилизацију на крвне групе у трудноћи. Крајем двадесетог века, 1994. год. реализована је прва трансфузија крви фетусу *in utero* (кроз пупчаник, под контролом ултразвука).

Закључак. Данас, корачајући трећим миленијумом, здрав човек је и даље једини извор крви - лека за болесног. Давалац може да даје и само део своје крви. Пацијенту можемо дати, али и узети део крви, чиме му реализујемо имуномодулацију. Матичне ћелије присутне у и крви имају огроман потенцијал. Идемо даље, храбро са знањем, поносни и знатижељни!

Литература

1. Стејић Ј. Макробиотика. Беч 1826;1:22.
2. Transfusion today 2005;56(11): 11-13.
3. Српски архив, Београд 1920;5-6:279-280.
4. Гласник Централног хигијенског завода. 1939;22:184-207.
5. Билтен Црвеног крста 1953;12:9.
6. С. Јовановић, Друга влада Милоша и Михаила, Просвета, Београд, 2005

**ШТА ТРЕБА НАШЕМ САНИТЕТСТВУ – ЧЛАНАК ИЗ СРБСКИХ НОВИНА,
1859**

**(предлог реформи или припрема јавности за смену
др Емериха Линденмајера)**

Др Зоран Вацић
Секција за историју медицине СЛД

Србске новине су 1859. године објавиле у тринаест наставака текст под насловом „Шта треба нашем санитетству“. Аутор текста је лекар по струци, што се види на основу потписа др || ||.

Текст доноси бројне предлоге за реформу и/или унапређење српског санитета. Предлаже се, између осталог: оснивање болница у свим окрузима као и болнице за душевне болеснике; формирање санитетског фонда за издржавање окружних болница и финансирање плата и стручног усавршавања државних лекара; оснивање школе за бабице; повећање броја државних лекара (увођење среских лекара, а према могућностима општина и општинских); оснивање посебне службе која би се бавила предохраном „од болести и редња“; енергичније државне мере за искорењивање надрилекарства; реформа начелништва санитета у оквиру Министарства унутрашњих дела (практично стварање подминистарства здравља у оквиру постојећег МУД); израда јединственог ценовника лекарских услуга; оснивање лекарског друштва чији би чланови били сви лекари, као и да то друштво издаје „лекарске летописе“; редовно стручно усавршавање лекара (на признатим медицинским факултетима) у трајању од 6 до 8 недеља да би се пратиле новине у медицинској науци. Трећину свог текста аутор посвећује проблемима судске медицине и давањем предлога за унапређења у овој области. Многи од датих предлога биће у наредним деценијама и реализовани. Читајући овај текст можемо да закључимо да је у питању писац који најбоља искуства из страних санитета жели да имплементира у Србију.

Међутим, текст који је објављен у „Србским новинама“ можемо читати и на други начин – као медијску припрему јавности за смену тадашњег начелника санитета Емериха Линденмајера. На Линдермајеров рад се стављају бројне, углавном неоправдане примедбе и прећуткују се многе иницијативе које је он имао, управо у уређивању питања које аутор текста предлаже као новину. Окривљује се за лоше стање у српском санитету, недовољно енергично деловање против надрилекарства, па чак и његово подстицање. Овај текст није допринео Линденмајеровој смени, јер је одлука да се на место начелника санитета доведе др Стеван Милосављевић већ била донета. Линдермајерову смену можемо тумачити искључиво политичким разлозима. Променом владалачке династије мења се и руководећа чиновничка гарнитура у држави (Линденмајер постаје начелник санитета у време Карађорђевића, повратак Обреновића на престо значи и његов одлазак). Друго, са одласком Уставобранитеља настаје отворени сукоб „паризлија“ и „стараца“, из кога ће млади школовани нараштај изаћи као победник. Улога овог текста, који не представља његовог аутора као часног човека је, између осталог, и да се

читалачкој публици најугледнијих новина у Србији објасне разлози смене успешног и омиљеног начелника санитета.

На питање ко је аутор овог текста не можемо дати одговор. Можемо да претпоставимо на основу садржаја текста и примера који су у њему навођени, да је аутор био физикус, који је највероватније службовао у смедеревском или пожаревачком округу, и да је школован у Аустроугарској царевини, такође, и да је показивао велико интересовање за питања из области судске медицине.

Кључне речи: Србске новине, реформа санитета, 1859. година

Литература

1. Србске новине. 1859;26:39-46, 62-66.
 2. Михаиловић В. Из историје санитета у обновљеној Србији од 1804 – 1860. САНУ, Београд, 1951.
 3. Михаиловић В. Први дипломирани лекари у обновљеној Србији V – Др Емерих Линденмајер. Српски архив, 1938;7:824-841.
 4. Грујић Ј. Записи, књ. 3, Друга влада Обреновића и турски ратови. Српска краљевска академија, Београд, 1923.
-

ПАРОДОНТОПАТИЈА - БОЛЕСТ ОД КОЈЕ БОЛУЈЕТЕ А СВЕОБУХВАТНО УТИЧЕ НА СИСТЕМСКО ЗДРАВЉЕ

Проф. др Божидар Димитријевић стоматолошки факултет Београд

Има болести и болести. Савремени човек је суочен са низом ризика од њиховог настанка, развоја и исхода. Ипак, мало је оних попут пародонтопатије које подмукло, постепено али прогресивно разарајући потпорни апарат зуба условљавају његову експулзију, настанак крезубости а потом и безубости.

Они који се проблемом не баве, али имају некаква лична ипак недовољно експлицитна искуства, доживљавају болест (пародонтопатију) као нешто што изазива функционалне тегобе (отежано жвакање хране због губитка зуба) са последичним гастроинтестиналним тегобама. Други сматрају да је последица крезубости или безубости условљена пародонтопатијом естетски проблем.

Посматрајући површно, и једни и други су у праву, али само делимично. То делимично је занемарљиво у односу на суштину, на последице које пародонтопатија као болест има по системско здравље.

Доказано је да је пародонтопатија значајан фактор ризика у настанку кардиоваскуларних болести, дијабетеса, спонтаних побачаја, превремених порођаја, рађања деце са смањеном телесном тежином, али и низа других системских болести.

Шта је од посебног значаја? Пародонтопатије су најраспрострањеније обољење људског рода од вајкада до данас. Ако све сагледате, размислите о њиховом значају са аспекта укупног здравља човека о коме сви причају, а ви као лекари тежите.

КЛИНИЧКИ ЗНАЧАЈ КРАНИОМАНДИБУЛАРНИХ ДИСФУНКЦИЈА КОД ПАЦИЈЕНАТА РАЗЛИЧИТОГ ЖИВОТНОГ ДОБА

проф. др Дубравка Марковић
Стоматолошки факултет Нови Сад

Краниомандибуларне дисфункције (*CMD*) представљају последицу нефизиолошког стања орофацијалног система. Дисхармонија у једном делу овог система доводи до промена у другим његовим деловима. Променама могу бити захваћени орофацијални мишићи или темпоромандибуларни зглобови (ТМЗ). Промене у мишићима се јављају у виду бола, који може бити сталан или се јавља након дужег замора мишића. Болу у мишићима претходи њихова напетост или само осећај нелагодности, што може клиничара да наведе на помисао о постојању неке мишићне дисфункције другог порекла.

Промене у ТМЗ могу бити веома разнолике. Неке од најчешћих су антериорна дислокација дискуса са редукцијом и антериорна дислокација дискуса без редукције. Клинички промене у зглобу се огледају у виду локалног бола, ограниченог отварања уста, скретања доње вилице у страну код отварања уста, звучних знакова из зглоба у виду кликтаја и крепитација. Примарно, ове промене немају инфламаторну компоненту, док су касније могуће компликације у виду инфламације.

Врло чест симптом *CMD* је главобоља, која се због неблаговременог дијагностиковања проглашава главобољом непознатог порекла. Инциденција *CMD* је значајно виша код жена (80%), што се повезује са нивоом естрогена у крви. Запажено је да је инциденција *CMD* највиша у средњем и старијем животном добу, док је код деце и веома старих значајно нижа. Ови подаци иду у прилог потврда истраживања које говоре да је стрес главни узрок *CMD*. Једноставним клиничким прегледом је могуће установити могућност *CMD* код пацијената. До налаза се долази на основу анамнезе и клиничког прегледа (палпације мишића, провере кретњи доње вилице у смислу регистравања максималног отварања уста и кретњи у страну, регистравања оклузалних контаката), палпације и, касније, аускултације ТМЗ. Допунска дијагностичка средства у виду примене магнетне резонанције, електромииографије Т-скена и слично, пружају јасну слику о присуству *CMD*.

СИСТЕМСКЕ БОЛЕСТИ И УСНА ДУПЉА

проф. др Љиљана Јанковић,
Стоматолошки факултет Београд

Орална медицина је део стоматологије који се бави оралним здрављем, раном дијагнозом болести и терапијом обољења или стања која погађају мека ткива усне дупље. Промене у усној дупљи могу настати дејством локалних етиолошких фактора или као последица системских болести, старења, имуносупресије, поремећаја функције пљувачних жлезда или зрачне терапије. Многе системске болести су праћене променама на оралној слузокожи. Те промене најчешће нису патогномоничне само за ова обољења.

Пацијент са променама у усној дупљи јавља се или лекару опште медицине или стоматологу. Анамнеза представља важан, ако не и најважнији корак у процесу постављања дијагнозе. *Sir William Osler* је рекао да „ако слушах пацијента довољно дуго, он ће ти сам рећи дијагнозу“. Уметност слушања и разговора ништа не може заменити у свакодневној пракси.

Напредак у науци и технологији олакшао је процес постављања дијагнозе и терапије многих обољења. То је допринело промени начина живота популације, те је животни век продужен. Нажалост, осамдесетих година прошлог века човечанство се суочило са *HIV/AIDS*, који поред свих ткива захвата и мека орална ткива. Све ово је утицало на формирање свести о неопходности предузимања мера за превенцију и рано откривање болести.

Приликом ординирања медикамената у медицини и стоматологији, морамо водити рачуно о лековима које наш пацијент евентуално користи у системској терапији, могућим укрштеним алергијским реакцијама, као и о нежељним ефектима на оралној слузокожи.

Веза између лекара опште медицине и стоматолога је нераскидива, јер им је циљ заједнички - добробит пацијента. Лекар стоматолог са надлежним лекаром опште медицине код пацијената ризика, мора утврдити неопходну медицинску терапију пацијената пре стоматолошке интервенције, у току и после ње.

ОРАЛНА РЕХАБИЛИТАЦИЈА ДЕНТАЛНИМ ИМПЛАНТИМА – КАДА ПРИСТУПИТИ ЊИХОВОМ ОПТЕРЕЋЕЊУ?

доц. др Владимир Коковић,
Стоматолошки факултет Београд

Савремена стоматологија се налази под утицајем експанзивног развоја технологије и материјала, што има за циљ бржу и комфорнију рехабилитацију пацијента. Примена денталних имплантата у збрињавању крезубих и безубих пацијената данас представља уобичајени вид рехабилитације. Ради што успешније и брже терапије, усавршавања у погледу имплантне површине и имплантног дизајна представљају предмет многих истраживања. Отуда је традиционални протокол оптерећења импланта, који је обухватао период коштанога зарастања од 3 до 6 месеци, замењен раним или имедијатним протоколом оптерећења. Избор протокола оптерећења зависи од клиничких параметара током уградње импланта и периода коштанога зарастања. Имедијатни протокол оптерећења подразумева функционално оптерећење денталног импланта у првој седмици након његове уградње. Дobar преоперативни план, избор адекватног дизајна импланта као и квалитетна обученост терапеута, неки су од значајних фактора који утичу на одабир протокола оптерећења денталних имплантата.

ПОСТРЕСЕКЦИОНА ПРОТЕТСКА РЕКОНСТРУКЦИЈА ЛИЦА

проф. др Војкан Лазић,
Стоматолошки факултет Београд

Последице хируршке терапије оралних и фацијалних канцера су најчешће тешке оралне дисфункције и унакажења лица. Међутим, протетском терапијом је могуће у многих пацијената надокнадити изгубљено ткиво до скоро нормалног изгледа и функције како би таквим особама омогућили користан и продуктиван даљи живот. У касним осамдесетим годинама прошлог века неколико технолошких напредака је начињено у том правцу, на пример, развој осеоинтегрисаних денталних и краниофацијалних имплантата, као и слободних васкуларизованих трансплантата. Последњих година највећи напредак представља резултат унапређене сарадње хирурга и протетичара на пољу максилофацијалне рехабилитације. Уколико се мултидисциплинарно приступи планирању, скоро сви пацијенти се могу после хируршке и радиолошке терапије оралних или фацијалних канцера успешно протетски рехабилитовати и тиме омогућити успешну социјалну интеракцију са породицом и околином.

Дефекти лица настају после аблације тумора у различитим регионима лица (планоцелуларни и базоцелуларни карциноми) и могу бити мањи или већи у зависности од захваћености тумором. Мањи дефекти се могу реконструисати хируршки, док се велики дефекти углавном реконструишу протетски. Разлог више за протетску реконструкцију могу бити дефекти изложени већој дози зрачења (60 Gy или више) и када се очекује релапс обољења. Хируршка реконструкција може бити лимитирана преосталим ткивом, оштећењем локалне васкуларне мреже и потребом да се периодично надгледа онколошки дефект. Протетска реконструкција је пак лимитирана присуством покретног ткива и тешкоћом ретенције великих протеза лица.

Кључ у изради естетских фацијалних протеза је у добром планирању као и дизајнирању хируршког дефекта где треба спровести минималну дисторзију околних фацијалних структура. Отисак дефеката се узима еластомерима и алгинатима у комбинацији са гипсаном основом као кашиком. Уколико се узима отисак за епитезе лица ретиниране имплантатима, мора се претходно израдити индивидуална кашика. Мулаж се израђује од тврдог гипса и на њему се врши моделација епитезе у воску за обликовање према фотографији пацијента или са пацијентом испред себе. Величина и контуре будуће епитезе зависе од дефекта. Неопходно је нагласити одређене црте и карактеристике лица на воштаном моделу, а нарочито текстуру епитезе како би се боље оцртале. Код орбиталних епитеза јако је важно правилно позиционирати и центрирати очну јабучицу у антеро-постериорном и латеро-латералном правцу. Фацијалне протезе се могу израђивати од полиметил метакрилата у боји или од *RTV (Room Temperature Vulcanization)* силикона у боји. Поступак израде епитеза од акрилата у боји је знатно тежи и непредвидив, будући да акрилат у току полимеризације може да промени боју. Епитезе израђене од силикона су много природније, јер се могу бојити са унутрашњим бојама (интензивне боје за силикон) и спољашњим за индивидуалну карактеризацију, међутим, израда је нешто захтевнија него за

акрилатне. Акрилатне епитезе се ретинирају на оквир наочара или на имплантате преко пречки или магнета, док се силиконске могу лепити за кожу посебним лепком за кожу који не иритира кожу или пак преко краниофацијалних имплантата. Имплантати у фацијалној регији умногоме побољшавају ретенцију протеза лица, нарочито аурикуларних. За ретенцију аурикуларне протезе најидеалнија је уградња три имплантата у мастоидном региону, протетски вођена према претходно измоделованој и правилно позиционираној воштаној аурикули. Код ретенције назалних и орбиталних протеза имплантати побољшавају ретенцију, али немају пресудан утицај као код реконструкције великих латералних дефеката протезама лица.

ДОБРО ОРАЛНО ЗДРАВЉЕ – ОСНОВА ОПШТЕГ ЗДРАВЉА

проф. др Ивица Станчић

У основи доброг општег стања здравља често стоји и добро орално здравље, што подразумева здраве зубе и слузокожу.

Правилна рестаурација оштећених зуба је значајан фактор квалитета и дуготрајности испуна. На квалитет рестауративне процедуре утичу бројни клинички фактори и тиме овај захват чине још комплекснијим. Да би се остварио сан свих стоматолога, али и њихових пацијената о лепим, белим и здравим зубима, неопходно је направити добар план терапије, одабрати материјал за рестаурацију, одговарајући адхезивни систем и правилно реализовати рестауративну процедуру.

У свакодневном раду стоматолози различитих специјалности се сусрећу са пацијентима ризика, пацијентима чије је опште здравствено стање у тој мери угрожено да и уобичајена стоматолошка интервенција може довести до погоршања основног обољења или компликација које могу угрозити живот. У том смислу предузимају се одговарајуће мере превенције и адекватна припрема пацијента како би извођење стоматолошких интервенција било потпуно безбедно. Посебну пажњу треба обратити на функционално зависне пацијенте.

Абразија зуба представља прогресивно трошење тврдых зубних ткива. Са клиничког аспекта, абразија зуба је пре свега функционални и естетски проблем наших пацијената, а разлози њиховог доласка у ординацију су појачана осетљивост абрадираних зуба на хемијске и термичке надражаје или лоша естетика. Савремена стоматологија и свремени стоматолошки материјали дају велике могућности терапеуту у збрињавању абразијом оштећених зуба.

Стоматолошки рад са децом је специфичан и разликује се од рада са одраслим особама, а зависи од њиховог узраста, психофизичког развоја, припремљености детета за интервенцију, става и односа стоматолога, стоматолошког тима, средине и амбијента. У раду са децом, нарочито малом и предшколском, не може се очекивати да ће она разумети и прихватити оправданост неке интервенције. У децјој стоматологији су заступљени сви принципи савремене стоматологије, а план терапије се састоји од превентивних, профилактичких и терапијских мера са циљем очувања оралног здравља током целог живота

Литература

1. Goldstein RE. Change your smile. Quintessence publishing Co, Inc Fourth Ed, 2009.
2. Kwon S, Ko S, Greenwall LH. Tooth whitening in esthetic dentistry. London, Quintessence, 2009.
3. Tsuiki S, Lowe AA, Almedia FR, Kawahata N, Fleetham JA. Effects of mandibular advancement on airway curvature and obstructive sleep apnoea severity. Eur Respir J. 2004;23:263-268.
4. Dawson PE. Functional Occlusion from TMJ to smile design. Mosby, St louis, 2007;ch 1,2,3.

5. Тихачек Шојић Љ. Станчић И. Стоматолошка геронтопротетика. Кораџи, Крагујевац 2009.

АУТОИМУНСКЕ БОЛЕСТИ

Академик Миодраг Чолић

Патолошка аутоимуност настаје као резултат прекида ауто толеранције и покретање имунског одговора на сопствене (аутологе) антигене. Она представља важан узрок болести, од којих се процењује да болује најмање 1%-2% људи са сталним порастом преваленције. Аутоимуност може да буде резултат стварања антитела против сопствених антигена или активације *T* лимфоцита специјализованих за сопствене антигене. Основни фактор у развоју аутоимуности су наслеђени гени подложности и фактори спољашње средине, као што је инфекција. Аутоимунске болести могу бити изазване и лековима. За правилно лечење и превенцију неопходно је детаљно разумевање имунопатогенезе ових поремећаја. Системски лупус еритематодес (СЛЕ), реуматоидни артритис, полиомиозитис и дерматомиозитис представљају групу озбиљних системских аутоимунских болести, од чијег успешног лечења кључни значај има рано постављање дијагнозе и примена савремене имуносупресивне терапије.

Новине у дијагностици ових обољења заснивају се на доказивању нових аутоантитела и генетских маркера предиспозиције. Новине у терапији су везане превасходно за примену биолошких лекова који укључују моноклонска антитела према цитокинима и цитокинским рецепторима, односно антителима према функционалним молекулима на ћелијама имунског система. Биолошка терапија се најчешће комбинује са досадашњом конвенционалном антиинфламаторном и имуносупресивном терапијом применом лекова који инхибирају продукцију интерлеукина-2, главног фактора раста *T* лимфоцита.

Савремени концепт лечења хроничних аутоимунских болести се зазива на раној дијагностици укључујући детекцију панела аутоантитела, детаљној клиничкој обради пацијента за утврђивање стадијума болести и степена захваћености појединих ткива и органа (укључујући и анализу биоптичког материјала), а затим адекватан одабир фармацеутика и биолошке терапије.

На основу светских резултата и резултата лечења пацијената са аутоимуним обољењима у нашим установама, неопходно је формирање водича за њихово лечење који био био доступан свим клиничарима.

ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗЕ И ТЕРАПИЈЕ ГОЈАЗНОСТИ

Академик Драган Мицић

Клиника за ендокринологију, дијабетес и болести метаболизма КЦС, Београд

Глобална пандемија гојазности захватила је и Републику Србију, што је недавно документовано истраживањем које је спровело Министарство здравља Републике Србије. Наведене чињенице су довеле до покретања читавог низа мера којим би се као организовано друштво супротставили овој пандемији, укључујући ту и формирање Републичке комисије за гојазност, одбора за гојазност СЛД-а и Српског удружења за проучавање гојазности. Наведене стручне и научне асоцијације су до сада спровеле низ мера, међу којима су издавање водича за дијагностику и лечење гојазности, публикавање едиције у оквиру *Akta Klinika* посвећене гојазности и одређени број едукационих састанака одржаних на Медицинском факултету у Београду, Новом Саду, Нишу, САНУ и у више градова у Србији.

Нажалост, упркос предузетим мерама, епидемија гојазности још није заустављена како у свету, тако и у Србији, доводећи до повећаног морбидитета и морталитета од болести које су удружене са гојзношћу, као што су кардиоваскуларне болести, дијабетес тип 2, поремећаји репродукције и неке врсте карцинома. Логично је да овако заступљен здравствени проблем у светским размерама доводи и до веома интензивних истраживања, посвећених како разумевању патогентских механизма који учествују у настанку и развоју гојазности и са њом удружених обољења, тако и у развоју одговарајућих терапијских процедура намењених корекцији гојазности.

Пратећи савремене светске трендове у испитивању и лечењу гојазних болесника, у Клиничком центру Србије је у току 2011. године формиран Мултидисциплинарни центар за гојазност, који у себи обухвата интернистички и хируршки део. У хируршком делу су након одговарајућих припрема и испитивања успешно започете интервенције из домена баријатријске хирургије за решавање проблема гојазности. На скупу који пријављујемо за акредитацију ће управо бити и изнета прва искуства, која су стечена током примене баријатријске хирургије као новог метода у нашој средини за лечење гојазности. Као предавачи на овом састанку учествовали би реномирани стручњаци са Медицинског факултета у Београду из области хистологије, биохемије, имунологије, ендокринологије, медицинске екологије и хигијене, гинекологије, хирургије, урологије и психијатрије.

Будући да се ради о семинару посвећеном новинама у патогенези и терапији гојазности, као потенцијални слушаоци се очекују лекари примарне здравствене заштите, интернисти, ендокринолози, кардиолози, гинеколози, нутриционисти и хирурзи.

Литература

1. Tsigos C, Hainer V, Basdevant A, Finerd N, Friede M, Mathus-Vliegen E, Micic D, Maislos M, Roman G, Schutz Y, Toplak H, Zahorska-Markiewicz B. For the Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity. Management of Obesity in Adults: European Clinical Practice Guidelines. *Obesity Facts* 2008;1:106–116.
2. Krassas GE, Kelestimur F, Micic D, Tzotzas T, Konstandinidis T, Bougoulia M, Tsametis C, Colak R, Jorga J, Kostic Z, Pavlovic M. Balkan Group for the Study of Obesity. Self-reported prevalence of obesity among 20,329 adults from large territories of Greece, Serbia and Turkey. *Hormones (Athens)*. 2003. Jan-Mar;2(1):49-54. PubMed PMID: 17003002.
3. Sumarac-Dumanovic M, Stevanovic D, Ljubic A, Jorga J, Simic M, Stamenkovic-Pejkovic D, Starcevic V, Trajkovic V, Micic D. Increased activity of interleukin-23/interleukin-17 proinflammatory axis in obese women. *Int J Obes (Lond)*. 2009 Jan;33(1):151-6.
4. Micić D. What are risk of weight loss in the elderly? *Obesity Reviews* 2011;12(Suppl 1): 3.
5. Micić D. Treatment strategies for obesity. *Endocrine Abstracts*, Bioscientifica, Bristol , 2011;26:MTE 12.

КЉУЧНЕ КЛИНИЧКЕ ПОРУКЕ ИЗ НОВИХ ЕВРОПСКИХ ПРЕПОРУКА ЗА МЕДИКАМЕНТНО ЛЕЧЕЊЕ СРЧАНЕ ИНСУФИЦИЈЕНИЦЈЕ

Проф. др Петар М. Сеферовић

Клиника за кардиологију Клиничког центра Србије, Београд, Србија

Медикаментно лечење срчане инсуфицијенције треба да смањи њен морбидитет, што подразумева побољшање симптома и знакова болести, побољшање квалитета живота, смањење претибијалних едема и симптома конгестије, побољшање гушења и повећање физичког капацитета, као и смањење броја хоспитализација. Класично медикаментно лечење срчане инсуфицијенције подразумева примену диуретика, инхибитора конвертујућег ензима, инхибитора ангиотензина II, блокатора бета рецептора и антагониста алдостерона.

Студије *CONSENSUS* и *SOLVD-TREATMENT* су показале да инхибитори конвертујућег ензима смањују смртност и број хоспитализација због срчане инсуфицијенције код болесника са ниском ејекционом фракцијом леве коморе и минималним или одсутним симптомима, као и код болесника који су имали срчану инсуфицијенцију после прележаног акутног инфаркта миокарда. Студије *Val-HEFT* и *CHARM-Added* су показале да лечење инхибиторима ангиотензина II смањује број хоспитализација због погоршања срчане инсуфицијенције, али не и укупан број хоспитализација.

Мада се у почетку примене блокатора бета рецептора срчана инсуфицијенција сматрала контраиндикацијом, студије *MERIT-HF*, *CIBIS II*, *COMET*, *COPERNICUS*, *US CARVEDILOL STUDIES* и *SENIORS* су потврдиле изузетну ефикасност у лечењу болесника са благом, умерено тешком и озбиљном срчаном инсуфицијенцијом. Код особа које не толеришу бета блокаторе или од којих су они контраиндиковани, могућа алтернатива је лек нове групе - *Ivabradin*, који инхибира I_f канале синусног чвора и успорава срчани ритам. У студији *SHIFT*, *Ivabradin* је довео до смањења релативног ризика кардиоваскуларне смрти и хоспитализација због срчане слабости, уз побољшање функције леве коморе и квалитета живота. Исти резултати нису потврђени у студији *BEAUTIFUL* на пацијентима са коронарном болешћу и срчаном инсуфицијенцијом. Резултати студије *RALES* су показали да је спиронолактон довео до смањења релативног ризика од кардиоваскуларног морталитета и броја хоспитализација, због погоршања срчане инсуфицијенције и побољшања *NYHA* класе болесника. Друга рандомизирана клиничка студија са антагонистима алдостерона са еплереноном (*EPHESUS*), показала је смањење морталитета у групи.

Код болесника са симптоматском срчаном инсуфицијенцијом, атријалном фибрилацијом дигоксин се употребљава да би се смањила срчана фреквенција, пре или у току примене блокатора бета рецептора, а код болесника са симптоматском срчаном инсуфицијенцијом у синусном ритму, лечење дигоксином уз инхибитор конвертујућег ензима побољшава функцију леве коморе, смањује симптоме болесника и број хоспитализација због погоршања срчане инсуфицијенције, али не продужава преживљавање.

У срчаној инсуфицијенцији се примењују диуретици Хенлеове петље, посебно код болесника са умерном и тешком срчаном инсуфицијенцијом. Тијазидни диуретици се могу примењивати са диуретикима Хенлеове петље код болесника са резистентним едемима, уз пажљиво праћење нежељених ефеката.

Антикоагулантна терапија је индикована код болесника са срчаном инсуфицијенцијом и сталном или повременим атријалном фибрилацијом и код болесника са доказаном интракардијалном тромбозом уколико немају контраиндикације за овакву терапију. Неколико великих рандомизираних студија код болесника са срчаном инсуфицијенцијом је показало да варфарин смањује ризик од цереброваскуларног инсулта за 60%-70% и да је знатно ефикаснији од антиагрегационе терапије код ових болесника.

Значај статина код болесника са срчаном инсуфицијенцијом неисхемијске етиологије није јасан. У студији *GISSI-HF* нису утврђене разлике у смртности и учесталости хоспитализације због кардиоваскуларног узрока у испитиваним групама.

У најчешће коморбидитете удружене са срчаном инсуфицијенцијом спадају атријална фибрилација, артеријска хипертензија, дијабетес мелитус, ренална дисфункција, хронична опструктивна болест плућа, анемија и гихт. Лечење коморбидитета у складу са важећим препорукама сигнификантно смањује ризик од развоја срчане инсуфицијенције.

НОВИНЕ У ДИЈАГНОСТИЦИ И БИОМАРКЕРИМА СРЧАНЕ ИНСУФИЦИЈЕНЦИЈЕ

проф. др Слободан Додић,
Институт за кардиоваскуларне болести Војводине, Сремска Каменица

Срчана инсуфицијенција (СИ) је синдром који чине: симптоми срчане слабости, знаци срчане слабости укључујући клиничке знаке ретенције течности и објективни знаци обољења срчаног мишића у мировању.

Сматра се да у Европи која има око 900 милиона становника; преваленција СИ износи око 2% - 3%. Јасно је да велики број оболелих (болест је назначена поготово у старијем животном добу – 10% до 20% ове популације има СИ) представља велики здравствени проблем сваке европске државе. Број хоспитализација, рехоспитализација и морталитет од СИ су назначени у високом проценту. Само трошкови лечења у САД, по статистичким подацима из 2006. године, износе преко 30 милијарди долара годишње. Из свега изнетог се веома добро наслућује колико је значајан проблем лечења болесника са манифестном СИ и колико је значајно ове болеснике дијагностиковати у што ранијим (преманифестним) фазама болести.

У раној дијагностици и/или каснијем лечењу болесника са СИ, велики значај имају савремени дијагностички алгоритми базирани како на традиционалним клиничким знацима и симптомима болести, тако и на коришћењу модерне медицинске технологије, укључујући медицинску апаратуру и срчане биомаркере.

Данас се у практичне или истраживачке сврхе користи веома широк панел срчаних биомаркера у односу и на дијагностику и лечење СИ. Сви актуелни истраживани биомаркери се могу поделити у неколико основних група: биомаркери инфламације (*C-reactive protein*; *Tumor necrosis factor α* ; *Interleukins 1, 6, and 18*), биомаркери оксидативног стреса (*Oxidized low-density lipoproteins*; *Myeloperoxidase*), биомаркери *Extracellular-matrix remodeling* (*Matrix metalloproteinases*; *Tissue inhibitors of metalloproteinases*; *Collagen propeptides*), биомаркери – неурохормони (*Norepinephrine*; *Renin*; *Angiotensin II*; *Aldosterone*; *Arginine vasopressin*; *Endothelin*), биомаркери оштећења кардиомиоцита (*Cardiac-specific troponins I and T*; *Myosin light-chain kinase I*; *Heart-type fatty-acid protein*; *Creatine kinase MB fraction*), биомаркери миокардног стреса (*Brain natriuretic peptide*; *N-terminal pro-brain natriuretic peptide*; *ST2*), новији биомаркери (*Galectin 3*, *Osteoprotegerin*, *Adiponectin*, *Growth differentiation factor 15*). Водич (*Guidelines*) Европског удружења кардиолога (*ESC*) из 2008. за дијагностику и лечење СИ, препоручује коришћење: *TnI* и *TnT*, као и *BNP* и *NT-proBNP* у дијагностици и лечењу пацијената са СИ. Остали наведени биомаркери, мада корисни у истраживањима, нису још увек нашли место у препорукама за рутинско клиничко коришћење.

У дијагностици пацијената са СИ су незаобилазни и многоробојни различити медицински апарати: *EKG*; *RTG* срца и плућа; ехокардиографска техника са својим многобројним могућностима (*TTE*, *TEE*, *Stress EHO*, „*Tissue*

Doppler Imaging“ и „*Strain*“ и „*Speckle Tracking*“ технике); коронарна ангиографија; контрастна вентрикулографија; компјутеризована томографија срца и крвних судова срца; магнетна резонанција срца, хибридне *Imaging* технике у дијагностици СИ.

Сви наведени дијагностички модалитети имају своје посебно место, али и заједничку улогу у што ранијој дијагностици и лечењу пацијената са СИ. Правилним одабиром, комбинацијом и тумачењем њихових резултата и налаза, може се значајно смањити развој манифестне СИ, побољшати квалитет живота и смањити морталитет код ове значајне популације кардиоваскуларних болесника.

DIASTOLIC HEART FAILURE: DIAGNOSIS AND TREATMENT

проф. др Александар Нешковић,
КБЦ "Земун"

Approximately one third (35-45% of men and 65-75% of women) of pts with congestive heart failure (CHF) have isolated diastolic dysfunction ($EF > 50\%$), that seems to be gender related with higher prevalence in women than in men. Of note, survival of men and women with CHF with normal left ventricular (LV) EF is lower than that of age-matched control subjects of the same gender.

Diastolic dysfunction is defined as a syndrome of abnormal LV filling. LV filling is always affected in heart disease. Diastolic dysfunction is multifactorial in nature and diagnosis and assessment are complex. The most frequent causes include coronary artery disease, arterial hypertension, diabetes and left ventricular hypertrophy.

Echocardiography is a powerful noninvasive technique for detection and grading diastolic dysfunction. Various echo modalities can be used, including: 2-dimensional echo, transmitral inflow pattern, pulmonary vein inflow pattern, Doppler tissue imaging (DTI), strain and strain rate, and color Doppler M-mode.

Treatment of diastolic dysfunction is challenging.

НОВИНЕ У ЗБРИЊАВАЊУ АКУТНЕ СРЧАНЕ ИНСУФИЦИЈЕНЦИЈЕ

доц. др Арсен Д. Ристић

Клиника за кардиологију, Клинички центар Србије, Београд, Србија
Београд

Акутна срчана инсуфицијенција представља клинички ентитет чије се дијагностиковање заснива првенствено на клиничким симптомима и знацима. Постоје бројни фактори који могу преципитирати настанак акутне срчане слабости попут атријалне фибрилације или других аритмија, лоше контролисане хипертензије, миокардне исхемије, анемије, болести тиреоиде и др.

Циљеви лечења акутне срчане слабости су: побољшање тегоба, посебно конгестије и лоше перфузије, побољшање оксигенације, оптимизација хидрираности болесника, идентификација етиологије болести, идентификација и решавање преципитирајућих фактора, оптимизација хроничне медикаментне терапије, минимизирање споредних ефеката, идентификација болесника идентификованих за реваскуларизацију или *CRT/ICD* терапију, идентификација ризика за тромбоемболизам и индикација за антикоагулантну терапију и едукација болесника. Посебно битни моменти у савременој терапији овог комплексног клиничког ентитета су резистенција на диуретску терапију и профилакса венског тромбоемболизма. Стандардни медикаментни приступ обухвата примену диуретика Хенлеове петље, интравенских вазодилататора (нитроглицерина, нитропрусида или неситида) и интравенских инотропа.

ДИЈАГНОСТИКА, ТЕРАПИЈА И ПРЕВЕНЦИЈА ДИЈАБЕТЕСА 2012: ДОСТИГНУЋА И ДИЛЕМЕ

проф. др Небојша М. Лалић,
Клиника за ендокринологију, дијабетес и болести метаболизма КЦС, Београд

Новија епидемиолошка истраживања указују на стални пораст учесталости дијабетеса не само у свету, већ и у нашој земљи, што адекватну едукацију здравствених професионалаца у овој области, са посебним освртом на превенцију компликација дијабетеса чини изузетно значајном. У том смислу, последњих година су интензивирани изучавања лечења и праћења оболелих од дијабетеса, што је резултирало бројним новим сазнањима, посебно у области дијагностике и лечења дијабетеса. У последњих 5 година развијене су бројне нове препоруке, а значајне новине у овим препорукама се односе на место и улогу оралних антихипергликемијских агенаса у терапији дијабетеса тип 2, посебно на улогу нових препарата заснованих на инкретинском концепту, а значајно су измењене и циљне вредности параметара гликорегулације. Међутим, у свакодневној клиничкој пракси мали број пацијената постиже предложене циљне вредности *HbA1c*. Новије студије указују да се у пацијената са дијабетесом тип 2 касни са увођењем инсулина, због чега неоправдано дуго траје период незадовољавајуће метаболичке контроле, чиме се стварају услови за бржи развој компликација, пре свега васкуларних.

Када се појаве хроничне компликације, изузетно је важно познавати адекватне терапијске приступе у контроли гликемије, који такође могу бити врло комплексни и око којих још увек постоје дилеме. С друге стране, имајући у виду растући јавно-здравствени проблем све веће учесталости дијабетеса тип 2 и да су досадашња истраживања показала да је превенција дијабетеса тип 2 остварива применом измене животног стила особа са високим ризиком за развој ове болести, наметнула се потреба организоване примене програма превенције дијабетеса како у свету, тако и код нас.

Овај симпозијум је намењен стицању нових знања у погледу правовремене дијагностике дијабетеса, адекватног избора оралног агенса и/или инсулинског препарата, његовог дозирања, уз посебан осврт на постизање циљних вредности параметара гликорегулације у дијабетесу, као и о могућностима превенције и третмана хроничних компликација, али и новим превентивним приступима у превенцији дијабетеса тип 2.

АРТЕРИЈСКА ХИПЕРТЕНЗИЈА КАО ФАКТОР РИЗИКА ЗА КАРДИОВАСКУЛАРНЕ БОЛЕСТИ

проф. др Димитра Калимановска-Оштрић
Медицински факултет Универзитета у Београду, Београд, Србија

Артеријска хипертензија је један од најзначајнијих фактора ризика за настанак кардиоваскуларних болести (КВБ) како због учесталости појаве (20%-30% опште популације), тако и због незадовољавајуће контроле притиска код лечених болесника. Повећан ризик кардиоваскуларног морбидитета и морталитета директно и континуирано корелира са вредностима артеријског притиска. Антихипертензивна терапија побољшава прогнозу пропорционално снижењу притиска. Ради ефикасније примарне и секундарне превениције КВБ, предлага се процена кардиоваскуларног ризика по моделу *SCORE* или моделу за пацијенте са артеријском хипертензијом, који се заснива не само на вредностима систолног и дијастолног артеријског притиска, већ и на основу придружених фактора ризика, супклиничког оштећења циљних органа, кардиоваскуларне или бубрежне болести.

Други фактори ризика, оштећење органа или болест	Нормалан СКП 120-129 ДКП 80-84	Високо нормалан СКП 130-139 ДКП 85-89	АХ првог степен СКП 140-159 ДКП 90-99	АХ другог степен СКП 160-179 ДКП 100-109	АХ трећег степен СКП ≥ 180 ДКП ≥ 110
Без других фактора ризика	Без ризика	Без ризика	Низак ризик	Умерен ризик	Висок ризик
1-2 фактора ризика	Низак ризик	Низак ризик	Умерен ризик	Умерен ризик	Врло висок ризик
3 или више фактора ризика, МЦ, субклиничко оштећење органа или дијабетес	Умерен ризик	Висок ризик	Висок ризик	Висок ризик	Врло висок ризик
Доказана кардиоваскуларна или бубрежна болест	Врло висок ризик	Врло висок ризик	Врло висок ризик	Врло висок ризик	Врло висок ризик

ДИЈАГНОСТИКА АРТЕРИЈСКЕ ХИПЕРТЕНЗИЈЕ

доц. др Весна Стојанов,
Медицински факултет Београд

Артеријска хипертензија је веома распрострањена кардиоваскуларна болест од које болује $\frac{1}{4}$ светске популације и значајан фактор ризика за настанак компликација кардиоваскуларних болести. Благовремена дијагноза и правилна терапија хипертензије су од изузетног значаја за смањење ризика од кардиоваскуларних компликација.

Дијагноза артеријске хипертензије најчешће се поставља на основу лекарског мерења у амбулантним или болничким условима. Постављање дијагнозе има за циљ: утврђивање висине вредности крвног притиска; утврђивање секундарних облика хипертензије, тј. узрока хипертензије; процену укупног кардиоваскуларног ризика утврђивањем постојања других фактора ризика, оштећења циљних органа или постојања укупног кардиоваскуларног ризика; процену начина живота.

Артеријска хипертензија је болест коју карактеришу повишене вредности систолног или дијастолног притиска или оба истовремено изнад највиших нормалних вредности, тј. $140/90 \text{ mm Hg}$.

Мерење крвног притиска ван клинике, тј. самомерење даје податке о вредностима притиска сходно свакодневним животним околностима пацијента и боље указује на оштећење циљних органа од мерења у ординацији. Самомерење има четири опште предности: (1) разликовање прикривене хипертензије од „хипертензије белог мантила“; (2) процењивање реаговања на антихипертензивну терапију; (3) пацијент се охрабрује да настави са терапијом; (4) потенцијално смањење трошкова лечења. Ако су вредности притиска утврђене кућним мерењем преко $135/85 \text{ mm Hg}$, поставља се дијагноза хипертензије.

Аутоматско амбулаторно $24h$ праћење артеријског крвног притиска (АМКР) је метод којим се утврђују вредности артеријског крвног притиска током дана и ноћи (током уобичајених дневних активности и током сна) за дијагностичке, терапијске и прогностичке сврхе. Важно је да се дијагностикују и промене на циљним органима, тј. супклиничка оштећења органа.

Хипертрофија леве коморе се може утврдити помоћу *EKG* користећи *Sokolow-Lyons index* $\geq 38 \text{ mm}$, модификовани *Cornell indeks* $> 2440 \text{ mm/ms}$; *EKG* критеријуми су мање сензитивни за процену хипертрофије леве коморе од ехокардиографских ($LKm > 110 \text{ g/m}^2$ за жене и $> 125 \text{ g/m}^2$ за мушкарце). Битно је одређивање микроалбуминурије (30 mg/24h - 300 mg/24h), серумског креатинина за мушкарце $115 \text{ }\mu\text{mol/l}$ - $133 \text{ }\mu\text{mol/l}$ и за жене $107 \text{ }\mu\text{mol/l}$ - $124 \text{ }\mu\text{mol/l}$, јер су повећане вредности серумског креатинина и микроалбуминурија сигурни знаци оштећења функције бубрега, без обзира да ли су последица хипертензије или не. За процену оштећења крвних судова значајно је ултразвучно потврђивање атеросклеротског плака или одређивање дебљина *intima/media* (*IMT*) комплекса каротидне артерије (гранична вредност $IMT > 0,9 \text{ mm}$).

ЗАШТИТА ЦИЉНИХ ОРГАНА - ОСНОВ ПРЕВЕНЦИЈЕ И ЛЕЧЕЊА АРТЕРИЈСКЕ ХИПЕРТЕНЗИЈЕ

проф. др Драган В. Симић,
Медицински факултет Универзитета у Београду, Београд, Србија

Савремено лечење артеријске хипертензије своди се не само на редукцију вредности артеријског притиска, већ и на спречавање или заустављање оштећења циљних органа. Оштећења циљних органа настају, с једне стране, као последица самог дејства повишеног крвног притиска а, с друге стране, као последица пратеће атеросклерозе која се под дејством повишеног притиска убрзано развија. Рано откривање оштећења циљних органа је важно за успешнију превенцију кардиоваскуларних болести и побољшање исхода.

Најчешће компликације дугогодишње хипертензије су: настанак хипертрофије миокарда леве коморе (ЛК), цереброваскуларни инсулт (ЦВИ), оштећење бубрега, промене на крвним судовима очног дна и оштећење периферних крвних судова.

Хипертрофија миокарда ЛК је независан предиктор морбидитета и морталитета, стварајући предиспозицију за срчану инсуфицијенцију, вентрикуларне аритмије, атријалну фибрилацију и цереброваскуларни инсулт. Хипертензивна нефросклероза настаје због хроничне изложености бубрежног паренхима високом притиску и протоку. Студије су показале да је ехокардиографски потврђена хипертрофија ЛК независан фактор ризика кардиоваскуларног морбидитета и морталитета код пацијената са артеријском хипертензијом.

Хипертензијом се може објаснити више од 50% случајева можданих удара, од којих 80% настаје због исхемије, а свега 20% због хеморагије; ЦВИ је други водећи узрок смртности и водећи узрок неспособности широм света.

После дијабетеса, хипертензија је на другом месту као узрочник хроничног обољења бубрега. Микроалбуминурија је осетљив рани маркер оштећења бубрега и моћан независан предиктор кардиоваскуларних компликација хипертензије. Присуство оштећења бубрега драматично повећава ризик од настанка кардиоваскуларног догађаја.

Прегледом ретине могуће је на једноставан, неинвазиван и лак начин утврдити степен микроваскуларних оштећења. Многи аутори су показали да су микроваскуларне абнормалности ретине рани, сензитивни маркер супклиничког оштећења малих крвних судова мозга.

Сходно препорукама, обично је вредност притиска 140/90 *mm Hg* праг за започињање антихипертензивне терапије код већине пацијената. Лечење хипертензије смањује инциденцију конгестивне срчане инсуфицијенције за 55%, ЦВИ за 33% и коронарне болести за 27%.

САВРЕМЕНИ ПРИНЦИПИ МЕДИКАМЕНТНОГ ЛЕЧЕЊА АРТЕРИЈСКЕ ХИПЕРТЕНЗИЈЕ

проф. др Бранислава Ивановић,
Клиника за кардиологију, КЦС, Београд

Основни циљеви лечења артеријске хипертензије (АХ) су: нормализација вредности артеријског притиска, превенција, заустављање или регресија оштећења циљних органа и смањење кардиоваскуларног морбидитета и морталитета. Тај циљ може бити остварен модификацијом начина живота и медикаментним лечењем. Непосредно започињање медикаментног лечења индиковано је код свих пацијената са артеријском хипертензијом осим код мале групе оних са АХ првог степена без придружених фактора. Код њих је оправдано покушати са променом стила живота па тек када она не да задовољавајући резултат, прибећи медикаментном лечењу. Код медикаментног лечења на располагању нам је пет група антихипертензива: АСЕ инхибитори, блокатори АТ₁ рецептора, бета блокатори, блокатори калцијумових канала и тијазидни диуретици. Одлука којом од наведених антихипертензива започињемо лечење, доноси се на основу података о ефикасности претходног лечења, придруженим факторима ризика (дијабетес мелитус, хиперлипидемија, гојазност, метаболички синдром), оштећењу циљних органа и манифестној кардиоваскуларној или бубрежној болести. Примера ради, код пацијената са АХ и придруженим дијабетес мелитусом предност у медикаментном лечењу имају блокатори система ренин ангиотензин алдостерон. Код миокардне и васкуларне хипертрофије значајно место заузимају блокатори система ренин ангиотензин алдостерон и блокатори калцијумових канала. У коронарној болести, поред блокатора система ренин ангиотензин незаобилазно место имају бета блокатори. То би значило да постоји одређени алгоритам лечења АХ и придружених фактора и коморбидитета.

Упркос придржавању алгоритма лечења, терапијски циљ (нормализација вредности артеријског притиска) се остварује код свега око 27% пацијената. Један од разлога овако лошег резултата је терапијска инерција, односно инсистирање на монотерапији. Доказано је да комбинација два лека у пола дозе пет пута боље редукује вредности артеријског притиска.

Поред утицаја на најмање два механизма одговорних за развој артеријске хипертензије, бржег и ефикаснијег деловања, долази до мањег испољавања нежељених дејстава. Великим рандомизованим студијама је показано да су пожељне комбинације блокатора система ренин ангиотензин са блокаторима калцијумових канала и тијазидних диуретика.

Упркос великом броју истраживања постојећим јасно прецизираним алгоритмима лечења, треба имати на уму да је индивидуални приступ предуслов успешног лечења.

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

61(048)(0.034.2)

КОНГРЕС лекара Србије (17 ; 2012 ; Београд)

Зборник сажетака [Електронски извор] =
Book of Abstracts / XVII Конгрес лекара
Србије ; III Конгрес лекара опште медицине
Србије са међународним учешћем, Београд,
20-23. септембра 2012. = Third Congress of
General Practice of Serbia with International
Participation ; [организатор] Српско
лекарско друштво, Секција опште медицине ;
[главни и одговорни уредник Славољуб
Живановић]. - Београд : Секција опште
медицине Српског лекарског друштва, 2012
(Београд : Pink Digital System). - 1
електронски оптички диск (CD-ROM) : текст ;
12 cm

Системски захтеви: Нису наведени. - Насл.
са насловног екрана. - Текстови на срп. и
енгл. језику. - Тираж 1.500.

ISBN 978-86-6061-029-6

1. Конгрес лекара опште медицине Србије са
међународним учешћем (3 ; 2012 ; Београд) 2.
Српско лекарско друштво (Београд). Секција
опште медицине

а) Медицина - Апстракти

COBISS.SR-ID 193219852

CD штампа Ping digital system

Тираж 1500 комада

